



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GLENDALINA MARQUES

O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional

FLORIANÓPOLIS

2016

GLENDALINAURA MARQUES

O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Tânia Regina Krüger

FLORIANÓPOLIS

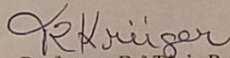
2016

GLENDALINAURA MARQUES

O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

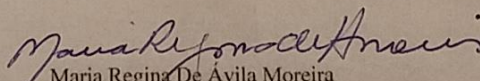
Florianópolis, 15 de Dezembro de 2016.



Professora Dr^a Tania Regina Krüger

Departamento de Serviço Social - UFSC

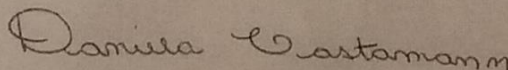
Presidente



Maria Regina De Ávila Moreira

Departamento de Serviço Social UFSC

1^a Examinadora



Daniela Castamann

Assistente Social

2^a Examinadora

À minha amada filha Ludmilla Marques
Fernandes, minha maior e principal
motivadora, que, com seu nascimento vem me
propiciando os melhores momentos da vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus por ser meu sustento, meu guia e socorro, por me revestir de força e coragem para enfrentar os desafios desta jornada tornando-a tranquila e prazerosa, rumo a conclusão deste sonho. O que seria de mim sem a fé e esperança que tenho nele? Méritos à Ele que é essencial em minha vida, obrigada por toda proteção Senhor.

Senhor obrigada também pela minha gravidez, pela dádiva de ser mãe, pela minha filha. Por me permitir uma gestação durante esta trajetória acadêmica, me concedendo as emoções do milagre da vida, eis que carreguei em meu ventre minha tão amada e abençoada filha Ludmilla Marques Fernandes. O fato de me tornar mãe fez com que eu crescesse e aprendesse ainda mais.

Aos meus pais Linaura Minelva Alves Marques e Valdelino Valdevino Marques por todo apoio, incentivo, dedicação, amor, carinho e atenção. O sonho é meu, mais a vitória e conquista é nossa. Obrigada por tudo, amo vocês.

Ao meu companheiro Eliazar Francisco Fernandes, pela cumplicidade amorosa, estímulo, compreensão e acima de tudo obrigada pela paciência.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram tamanho conhecimento, obrigada.

A todos os professores que contribuíram para o meu aprendizado, especialmente a professora Tânia Regina Krüger, minha orientadora. A ela muito obrigado pelo suporte na construção deste trabalho, por aceitar me conduzir neste desafio, pelas correções e seu incentivo, por suas inestimáveis contribuições sobre a prática do Serviço Social na Saúde e também por toda sua dedicação enquanto orientadora, obrigada pela confiança e apoio.

Aos sujeitos de pesquisa, que me permitiram chegar aos resultados obtidos aqui apresentados, registro meu muito obrigado.

À professora Maria Regina de Ávila, por ter aceitado participar da banca, e a Assistente Social Daniela Castamann que mesmo não me conhecendo aceitou meu convite, obrigada. Agradeço também a professora Teresa Kleba Lisboa pelo aceite para suplência.

Ao meu amigo de graduação Willian Danilo Santos pela amizade que vem desde 2012 graças a UFSC, obrigada pela parceria.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! ”

(Augusto Cury)

MARQUES, GlendaLinaura. O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e demandas do exercício profissional. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2016.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo compreender as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional dos Assistentes Sociais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, através das demandas, questionamentos e condições de trabalho. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF foi criado em 2008 e tem como ótica ampliar a abrangência das ações da atenção básica com o propósito de torná-la mais resolutiva, apoiando as equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF. Dentre os profissionais chamados para compor a equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF está o Assistente Social, desta forma sua atuação é vista dando ênfase no SUS, considerando os determinantes sociais na saúde. Para a realização do trabalho e a fim de conhecer o desenvolvimento do Serviço Social no NASF, foi realizada além da pesquisa bibliográfica, um diagnóstico situacional através de um roteiro enviado via e-mail para os Assistentes Sociais das seguintes cidades: Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista. A pesquisa tem como base de estudo a abordagem de pesquisa social qualitativa e empírica. Ao longo do trabalho foi observado através dos dados coletados que as ações de trabalho do assistente social ainda é desconhecido no meio da Saúde. O maior número de demandas para o Serviço Social chegam por diferentes meios (ESF, NASF, gestão, comunidade e instituição) e são essencialmente de natureza socioassistencial, emergencial e socioeducativa.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF. Serviço Social. Atenção Básica.

MARQUES, Glenda Linaura. Social Service in NASF – the working conditions and the demands of the professional exercise. Completion Work Course In Social Work. Federal University of Santa Catarina. 2016.

ABSTRACT

The present Work of Course Conclusion has the objective to understand the working conditions and the demands of the professional practice of Social workers of the Nucleus of Support to the Family Health – NASF, through the demands, concerns, and conditions of work. The Nucleus of Support to the Family Health – NASF was established in 2008 and has as optics to broaden the scope of the actions of basic care with the purpose of making it more dissolving, supporting the teams of the Family Health Strategy - ESF. Among the so-called professionals to compose the team Support Core Family Health - NASF is the Social worker, in this way its operation is a view with emphasis on the SUS, considering the social determinants on health. For carrying out the work and in order to know the development of Social Service in the NASF, was performed in addition to the bibliographical research, a situational diagnosis through a script sent by e-mail to the Social workers of the following cities: Governador Celso Ramos, Florianopolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville, and São João Batista. The research is based on study the approach of social research qualitative and empirical. The course of the work was observed through the data collected that the actions of the work of the social worker is still unknown in the middle of the Health. The greatest number of demands for the Social Service arrive through different means (ESF, NASF, management, community, and institution) and are essentially socio medical, emergency and educational.

Key-words: Family Support Nucleos - NASF. Social Service. Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CBAS – Congresso Nacional Brasileiro de Assistentes Sociais
CF – Constituição Federal
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CLS – Conselhos Locais de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONSASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
ESF – Estratégia Saúde da Família
FURB – Fundação Universidade Regional de Blumenau
GM – Gabinete do Ministro
GMUS – Gestão Municipal de Saúde
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
ONG – Organização Não Governamental
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
PST – Planos de Saúde no Território
PTS – Planos Terapêuticos Singulares
SF – Saúde da Família
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UDESC – Universidade do estado de Santa Catarina

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNISUL- Universidade do Sul de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil dos Assistentes Sociais entrevistados que trabalham nos NASF no período de setembro a outubro de 2016, nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista.....	33
Tabela 2: Perfil profissional, tempo de trabalho, carga horária e tipo de contrato de trabalho indicado pelas assistentes sociais dos NASFs.....	34
Tabela 3: Eventos que os Assistentes Sociais entrevistados participaram nos anos 2014/2015 e início de 2016.....	35
Tabela 4: Livros e autores lidos pelos Assistentes Sociais entrevistados participaram nos anos 2014/2015 e início de 2016.....	36
Tabela 5: Formas de registro utilizado no cotidiano profissional no NASF / Secretaria de Saúde.....	42

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 - O SUS, a política de atenção básica e o serviço social	14
1.1 - SUS: A política de Atenção Básica à Saúde	14
1.2 O serviço social na saúde.....	18
1.3 O Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF	24
2 - O Serviço Social no NASF: inserção e condições de trabalho	30
2.1 Considerações sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa	30
2.2 Perfil dos profissionais entrevistados no NASF	33
2.3 NASF: implantação e condições de trabalho.....	38
2.4 O registro e a sistematização da prática profissional.....	42
2.5 Demandas colocadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) – e as respostas do Serviço Social.....	46
2.5.1 Demandas da equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF	50
2.5.2 Demandas da Gestão/Secretaria de Saúde.....	541
2.5.3 Demandas colocadas pelos usuários individualmente ou demandas da comunidade	53
2.5.4 Demandas de outras instituições	54
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	63

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso está relacionado ao campo de atuação do estágio obrigatório I e II supervisionado, ou seja, a experiência vivenciada enquanto estagiária no Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Governador Celso Ramos neste ano de 2016. A partir desta oportunidade, enfatizo que foi uma experiência na qual levou-me a refletir sobre a história inicial do SUS e do serviço social na saúde, bem como, conhecer a realidade dos profissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família –NASF.

Até obter os resultados com a pesquisa o objetivo deste trabalho como um todo era compreender os fundamentos que delimitam o exercício profissional dos Assistentes Sociais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, através das demandas, respostas e dinâmica de trabalho. No entanto, esta era a intenção inicial, porém, as respostas obtidas pelas profissionais foram apresentadas timidamente ou nem mesmo fizeram tal relato.

Em virtude disto o tema passou a denominar-se “O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional”, com o objetivo de conhecer e relatar a prática profissional do Assistente Social no NASF dos municípios da região, e ainda sua forma de trabalho, desafios e resultados. Através de pesquisa bibliográfica e o encaminhamento de um roteiro de questões por e-mail, e ainda mediante os objetivos propostos, a abordagem de estudo é a pesquisa social qualitativa – empírica e exploratória. Desta forma, os dados para o desenvolvimento deste trabalho foram coletados para que fosse possível a análise e conclusão dos mesmos.

Este trabalho tem sua estrutura composta por dois capítulos, assim, no primeiro realizamos uma revisão da literatura e documentos no que tange ao SUS, a política de atenção básica, o NASF e o Serviço Social nesse contexto da saúde. Já no segundo capítulo podemos tratar sobre os resultados da pesquisa realizada, no que tange ao Serviço Social no NASF, tais como a inserção do profissional, as condições de trabalho e as demandas de acordo com os resultados do roteiro aplicado aos sujeitos de pesquisa. Trataremos das demandas que cada equipe possui, das que veem da gestão versus secretaria, quais as colocadas pelos usuários individuais e coletivamente e as vindas de outras instituições.

Mesmo com todos os programas já desenvolvidos visando suprir essas demandas, SUS, ESF, PACS, entre outros, se faz importante a atuação do assistente social no atendimento destas pessoas, no intuito de promover a saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, juntamente com os demais profissionais da saúde. Assim, para o Serviço Social, o NASF é importante pois atua coadjuvante na promoção do bem estar coletivo, buscando auxiliar a equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF no atendimento e resolução das demandas que surgem.

É possível dizer que o curso de Serviço Social propõe a compreensão e análise da realidade social, numa perspectiva histórica tal como o SUS que será abordado, e ainda por um viés crítico e propositivo. Na saúde o Assistente Social contribui na identificação das causalidades e nos fatores que contribuem na organização do controle social. Este profissional conquistou seu espaço na Atenção Básica dotado de saberes próprios e conectado sempre com a equipe ESF.

É importante destacar também que independentemente da sua área de atuação, o Assistente Social deve dominar na sua ação profissional a dimensão ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Logo, o profissional deve posicionar-se diante da realidade intervindo nela e tendo consciência da direção a ser seguida. No NASF, sistema este que surge como apoio para a ESF, o Assistente Social pode ser um viabilizador no que se refere a garantia de direitos sociais, sendo capaz de trabalhar as mais variadas expressões da questão social e buscando sua resolutividade.

1 - O SUS, a política de atenção básica e o serviço social

Nos próximos tópicos será discorrido sobre a Atenção Básica à Saúde enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS). A designação Atenção Básica à Saúde enfatiza uma ótica de reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Haverá ainda um enfoque central no que tange a profissão de Serviço Social na saúde e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

1.1 - SUS: A política de Atenção Básica à Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) e a Lei Complementar nº 8.142/90, com finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Conforme Santos (2012, p. 274), o SUS no seu processo histórico começou na prática em meados dos anos 1970, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidades universais. Já de acordo com Kruger (2014 p. 219) a implementação do SUS se deu com a intensificação das práticas políticas e econômicas neoliberais e da perda substantiva do conteúdo progressista da democracia.

O SUS é resultado da mobilização da sociedade civil por meio da Reforma Sanitária, a fim de garantir uma sociedade menos desigual, na tentativa de combater as injustiças no acesso à saúde, pois esta passa a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado. Nessa perspectiva, Bravo (2001) corrobora ao dizer que uma das estratégias da Reforma Sanitária, é o Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade deste sistema é propor ações de promoção, de prevenção, de assistência e reabilitação. Ou seja, buscava-se a compreensão de saúde ampliada, que considere os aspectos econômicos, culturais e sociais. Desta forma, era preciso a implementação de um sistema que oferecesse atendimento gratuito e que vislumbrasse além da doença, as condições de vida e saúde como determinantes na sociedade.

A implementação do Sistema Único de Saúde altera profundamente a perspectiva de saúde que foi sendo construída ao longo dos anos, entretanto, não podemos deixar de apontar as atuais contradições, isto é, no decorrer da década de 1990 o Brasil ingressa em um processo de políticas que pretendiam desresponsabilizar-se com a contratação e valorização dos trabalhadores, ou seja, aquilo que é chamado como Estado Mínimo. Um Estado que se autodenomina como um problema, e por isso, precisa ser comprimido, permitindo que a coordenação seja dada pelo mercado. Simultaneamente, a reestruturação produtiva acende a precarização do trabalho por meio dos baixos salários, busca de aumento da produtividade (metas) e até mesmo a desvinculação do profissional com o serviço (Modesto, 1997).

De acordo com Krüger (2014, p. 224):

O SUS é a maior política social brasileira nos últimos vinte cinco anos. E por ser uma política social universal, tem: ampla dimensão em termos da rede de serviço público e convênios com o setor filantrópico e privado, que vai da atenção primária à média e alta complexidade; grande estrutura de gestão nas três esferas de governos; um financiamento vinculado que só é menor em relação ao da educação; envolve uma série de indústrias para produzir seus suprimentos que vão desde o algodão, aos medicamentos e equipamentos médico-hospitalares; milhares de trabalhadores de diferentes áreas; uma grande rede de escolas e universidades públicas e privadas para formar os profissionais e realizar pesquisas; inúmeros institutos e laboratórios públicos de pesquisas e produção de medicamentos, vacinas e insumos. É por esta dimensão que o SUS é uma política social extremamente visada, disputada e tensionada por vários segmentos e interesses socioeconômicos e políticos.

Num contexto de disputas na implementação do SUS surge o modelo de proposta da atenção básica em saúde que vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS. Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006).

Conforme Giovanella (2010, p. 3):

No Brasil, desde meados da década de 1990, surge uma abordagem sobre atenção primária em saúde sendo fortemente induzida pelo governo federal: o Programa Saúde da Família (PSF). A partir daí nasce um modelo de proposta da atenção básica em saúde que vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, seu início foi em 1994 com a operacionalização do Programa Saúde da Família – PSF, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Para Krüger (2014 p. 221), o início da implementação do Programa de Saúde da Família - PSF surge como uma cesta básica da saúde para os pobres. Porém, mesmo com a intencionalidade inicial ao longo dos anos o PSF caracteriza-se como uma estratégia para reorganização da atenção básica, na perspectiva da vigilância à saúde. O discurso oficial

expressa a ideia de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção básica, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade, colocando o PSF como porta de entrada do Sistema de Saúde (VIANA e DAL POZ, 1998). Por isso, a Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), onde os problemas que não podem ser completamente resolvidos são encaminhados para consultas com especialistas, realização de exames ou atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros.

Uma questão fundamental para que a unidade saúde da família se torne um serviço de procura regular, o serviço que as pessoas usam para atenção à saúde, seja como prevenção, cuidado, acompanhamento, tratamento e reabilitação, é que ela não atenda somente os grupos prioritários, mas a toda a população. Que dê respostas não só à demanda programada e atenda também à demanda espontânea, os casos agudos oportunamente (GIOVANELLA, 2010, p. 06).

A reafirmação do PSF como serviço da atenção básica ocorre com a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB-SUS 1996. Essa normativa prioriza a atenção básica ao dar ênfase ao PSF e ao PACS. A NOB-SUS 1996 criticava o modelo clínico pela sua relação individualizada entre o profissional e o paciente, pela intervenção terapêutica armada específica e propunha um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários - as famílias (BRASIL, 1996).

O PSF toma uma nova forma a partir de 2006, com o fortalecimento da atenção básica em saúde, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB conforme Portaria Nº. 648 de 28 de março de 2006. E a partir desse ano que a atenção básica passa a constituir-se como porta de entrada preferencial do SUS estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Portaria Nº 648/2006 do Ministério da Saúde, salienta que a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A portaria citada enfatiza ainda que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua

saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Em 2011, o PSF passa para Estratégia Saúde da Família (ESF) conforme o Ministério da Saúde diante a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ainda baseando-se na Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é trazida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A escolha da ESF como porta de entrada no sistema tem destaque por essa ser a melhor estratégia para garantir a universalização, pelo menos na atenção básica. Em 2011, através do Decreto 7.508/2011 que regulamenta a lei 8.080/90, a atenção primária está indicada como principal porta de entrada no sistema, que são portas de entrada os serviços de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especial de acesso aberto, como por exemplo, a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

A ESF pode ser entendida, de forma genérica, como um espaço de fortalecimento da organização da atenção básica em Saúde, no sentido da garantia dos princípios e diretrizes do SUS. No entanto, deve ser analisada a partir das influências recebidas pelo projeto neoliberal e algumas características que poderiam indicar o enfoque deste serviço apenas na população mais empobrecida não como estratégia de equidade, mas como princípio contrário à universalização (COHN, 2005).

Está perceptível que a implantação da ESF é permeada por desafios, visando mudar um modelo assistencial que está penetrado nas ações em saúde, o que requer constante aperfeiçoamento dos profissionais para que reformulem suas práticas, apontem os limites de atuação, para que as ações em saúde sejam garantidoras do acesso, da integralidade, da equidade, e de eficiência nos serviços prestados, voltados para as necessidades da população usuária.

Após vários processos de negociação, discussão do entendimento do que é Atenção Básica, dos custos dos municípios para arcar com a contratação de outros profissionais não tradicionais junto à atenção básica e várias propostas de normatização, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 154/2008, em 24 de janeiro, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

A criação do NASF tem como perspectiva ampliar a abrangência das ações da atenção básica para torná-la mais resolutiva, apoiando as equipes de Saúde da Família sem, contudo, caracterizá-la como um ponto de atenção, surge com o objetivo “de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008, p.2).

Além de atuar junto as equipes de Saúde da Família, os NASF são “constituídos por equipes profissionais de diferentes áreas do conhecimento” (BRASIL, 2008, p. 2). A proposta de trabalho é compartilhar “as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado” (BRASIL, 2008 p. 2).

1.2 O serviço social na saúde

A profissão do Serviço Social é regulamentada pela Lei nº 8.662/93, sendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Conforme Barros (2011), o Serviço Social consiste em uma especialização do trabalho coletivo, que se inscreve na cena contemporânea da reprodução da vida social e inclusive do próprio capital pela sua própria essência enquanto trabalhador, intervindo sobre as expressões da questão social. A profissão atua no campo das Políticas Sociais com o compromisso de defesa e garantia dos direitos sociais da população, usando o fortalecimento da democracia. Portanto, o objetivo aqui é realizar uma abordagem sobre a história e desenvolvimento do Serviço Social na saúde considerando todo o processo de trabalho e o entendimento da sua trajetória na área da saúde.

Para Bravo e Matos (2007), o Serviço Social na saúde ganhou espaço a partir de 1930 a 1979, assim o surgimento e o desenvolvimento da profissão no Brasil se deu com influência europeia. Foi através do aprofundamento do capitalismo no Brasil e das mudanças ocorridas no panorama internacional com o término da 2ª Guerra Mundial, que houve a expansão do Serviço Social no país a partir de 1945, bem como sua ampliação na saúde. A influência norte-americana substituiu a europeia e os Assistentes Sociais passaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização, assim sendo, na ação profissional, o julgamento moral deu lugar às análises de cunho psicológico.

Os autores seguem argumentando que o “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde - OMS em 1948, determinou a requisição de outros profissionais, inclusive assistentes sociais. A partir disso considera-se então outra razão de ampliação do Serviço Social na área da saúde, enfatizando os aspectos biopsicossociais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, exigindo um trabalho em equipe multidisciplinar. Neste aspecto o Assistente Social consolidou uma tarefa educativa em conexão aos hábitos de higiene e saúde, atuando nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Outro fator importante que impulsionou a inserção dos Assistentes Sociais na área da saúde, a consolidação da Política Nacional de Saúde no país, com a ampliação dos gastos com a assistência médica pela previdência social. A assistência por não ser universal gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. A inserção e atuação do Serviço Social na área da saúde desenvolveu-se no âmbito curativo e com abordagem individual através do Serviço Social de caso. Já a preocupação com a área da saúde enquanto uma questão política se deu no final da década de 1980 e início da década de 1990 (BRAVO, 1996).

O Serviço Social na saúde recebeu influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais (BRAVO e MATOS 2007). No período de 1974-1979, o Serviço Social na saúde não teve alteração, continuando orientado pela vertente modernizadora conforme Bravo e Matos (2007). Nos anos de 1980 e 1990, há um movimento significativo na saúde coletiva e no Serviço Social, como a ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. Mesmo considerando todo esse processo pode-se dizer que:

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (BRAVO e MATOS, 2007, p. 205 apud BRAVO, 2006).

“Ao reconhecer à dimensão social da saúde, a política de saúde brasileira em muito alargou o espaço de atuação dos vários profissionais de saúde, entre eles o do Assistente Social. Na saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação mas com o SUS se abriu muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e instersetoriais, também no âmbito da gestão e planejamento da política, nos quais o Assistente Social pode desenvolver ações não exclusivas da profissão (KRÜGER, 2010, p. 123 e 124).

Utilizando ainda as contribuições da mesma autora, vimos que Kruger cita as possibilidades de atuação do Assistente Social na saúde e as potencialidades contidas com a implementação do SUS em áreas de competências não exclusivas da profissão: planejamento e gestão, atenção via Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, espaços de participação social, ouvidorias, Política Nacional de Humanização, o debate sobre as Fundações Estatais de direito privado e judicialização. O Assistente Social também pode ser chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, através de plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Conforme Matos e Bravo (2007), para analisar o Serviço Social nos anos 1990 se faz necessário saber que este é o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, sendo o governo de Fernando Collor de Mello o primeiro a tentar implementá-lo. O projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 1990, nomeado de projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social e com o projeto da reforma sanitária. Em relação a política de saúde, o projeto da reforma sanitária consolida-se na segunda metade dos anos de 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Os autores enfatizam que nos anos 1990, foram identificados dois projetos políticos em disputa na área da saúde que apresentam diferentes requisições para o Serviço Social, sendo: o projeto privatista que requisita ao assistente social seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários do plano de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais e o projeto da reforma sanitária tem como demanda que o assistente social trabalhe na busca pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde,

atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. Considera-se na atualidade que os dois projetos seguem em disputa, percebe-se a possibilidade de uma ênfase maior no projeto privatista.

Devido à grande inserção do assistente social na área da saúde, foi construído entre junho de 2008 e março de 2009 um documento intitulado *Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde*, coordenado e editado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS em 2010, com o intuito de subsidiar as ações desse profissional. Neste documento foi dada ênfase às atribuições e competências gerais do assistente social, a partir disso verificou-se que a intervenção do profissional na saúde são discutidas ainda a partir de quatro eixos de ação, a saber: ações de atendimento direto aos usuários na qual “o atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade” (CFESS, 2010 p. 41); ações de mobilização, participação e controle social que “envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social” (CFESS, 2010 p. 57); ações de investigação, planejamento e gestão “que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010 p. 60); e as ações de assessoria, qualificação e formação profissional que realizam “as atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários” (CFESS, 2010 p. 63).

Ainda conforme os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (2010), uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que

descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Pode-se dizer ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, que alguns desafios da profissão ainda estão postos na atualidade. Matos e Bravo (2007), afirmam que o Ministério da Saúde tem apontado como principais desafios: a incorporação da agenda ético política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados para a assistência médica apenas.

Para complementar, Kruger (2010, p. 130) enfatiza que:

Refletir sobre as possibilidades que o SUS coloca para a prática do assistente social supõe inicialmente um diálogo crítico com a herança intelectual e operacional da profissão na área da saúde e a identificação das tendências técnico-políticas colocadas pelos fundamentos da Reforma Sanitária e do SUS. Isto exige que o profissional esteja atento ao tempo histórico, superando visões ingênuas ou fatalistas da vida social, para decifrar as manifestações particulares no campo da saúde sobre as quais incidirá a ação profissional.

Contudo, o Serviço Social pode ser compreendido como profissão contraditória e antagônica, pois a prática profissional do assistente social precisa atender às necessidades da camada subalterna e ao mesmo tempo suas ações estão subordinadas a valorização do capital,

haja vista que, para sobreviver o assistente social precisa vender sua força de trabalho ao dono do capital em troca de salário.

O trabalho assalariado é a forma específica do regime a que vivem submetidos os produtores diretos no modo de produção capitalista. Isso significa que ele é parte constitutiva do sistema de exploração do trabalho que é próprio do modo de produção capitalista (NETTO; BRAZ, 2008, p. 104).

Apesar dessa condição contraditória de trabalho, o assistente social dispõe de autonomia relativa para executar suas atribuições profissionais, meio que possibilita refletir e repensar a direção de sua atuação profissional. Desta forma, pode ir além de limites institucionais com base em seu posicionamento teórico-metodológico e criar estratégias de trabalho a favor da classe trabalhadora.

Porém mediante informações de Krüger (2010, p. 131) O Serviço Social ao pensar sua prática na saúde necessita fazer leituras das demandas das instituições e dos usuários e identificar potenciais espaços de atuação, para evitar intervenções idealizadas, espontaneístas e restrita as relações interpessoais. Neste sentido, observa-se que “O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional” (CFESS, p. 40, 2010).

Para Krüger (2010, p. 142):

Debater a inserção do Serviço Social no campo da saúde, articulando a ação profissional às diretrizes do SUS, sinaliza para um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde, subsidia a ação do assistente social junto às equipes interdisciplinares, contribui para a materialização do projeto ético-político da categoria profissional no SUS e favorece um atendimento de qualidade à população usuária do sistema. Deste modo a inserção do Serviço Social na saúde, não pode ser circunscrita a uma política governamental, sujeita a modificações sazonais ou alterações políticas e programáticas.

Contudo, pode-se dizer que os Assistentes Sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia e das políticas públicas fazendo frente ao projeto neoliberal, tendo seu embasamento na Constituição Federal de 1988 - CF/88, que é identificada como processo democrático, produto de mudanças exigidas pela sociedade civil, na qual incorpora a Assistência Social como política pública ao tripé da Seguridade Social em seus artigos 203 e 204.

1.3 O Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF

Conforme mencionado anteriormente e ainda de acordo com as Diretrizes do NASF (2010), dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF ganha legitimidade diante dos desafios que enfrenta diariamente pelos profissionais, na qual dentre eles está o Assistente Social.

A prática da ESF carrega consigo ainda muitos desafios no que tange a resolutividade da atenção básica pois, na medida em que os serviços públicos se aproximam das necessidades sociais e necessidades de saúde as demandas reprimidas se explicitam. A proposta de criação de equipes multiprofissionais para dar apoio às equipes mínimas da estratégia de saúde da família, principal ação de atenção básica do Ministério da Saúde, durante muito tempo vinha sendo discutida.

Mediante os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, os NASF “não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços da saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família”. (BRASIL, 2008 p. 2). “Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipesSaúde da Família” (BRASIL, 2008 p. 2).

Em relação aos princípios e diretrizes gerais do NASF, a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada. Ela pode ser compreendida em três sentidos: abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal: as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além da organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. O conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações

preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde (BRASIL, 2010). Com isto podemos dizer que a integralidade pode contribuir com a organização do processo de trabalho, afim de afastar o risco da fragmentação (Campos, 2013).

¹ A responsabilização compartilhada entre as equipes Saúde da Família e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008 p.2). O NASF está classificado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. A Portaria N° 154/2008 do MS preconiza que o NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes.

Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008 p. 2).

E o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes.

Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008 p. 2).

Os Núcleos, constituídos por uma equipe multiprofissional, seguem a lógica do apoio matricial¹, apresentando as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, já a ação técnico-pedagógica visa produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se combinar nos diversos momentos. Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde lança a Portaria N° 2.843 de 20 de setembro de 2010, criando no âmbito do SUS os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras

¹ Apoio Matricial é

drogas, tendo como visibilidade a promoção da atenção integral em saúde e saúde mental. Já na Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e o PACS, modifica no que diz respeito ao NASF, o número de ESF vinculadas às equipes NASF e inclui novos profissionais que poderão compor as equipes. Assim, em conjunto com as equipes de Saúde da Família, os profissionais do NASF organizam seu processo de trabalho tendo como foco o território delimitado de sua responsabilidade. Já de acordo com a mais recente normatização do NASF, a Portaria 2.843/2011, com relação aos profissionais que poderão compor às equipes nos núcleos, vimos algumas alterações como segue:

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

O NASF organizará em conjunto com as equipes Saúde da Família o seu processo de trabalho com foco no território de sua responsabilidade, priorizando ações subscritas em três eixos, sendo eles:

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.
- (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010).

De acordo com as diretrizes do NASF que trata sobre a atuação do Serviço Social no NASF, vimos que:

A inclusão do serviço social nos NASF, portanto, está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos NASF: As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2010 p. 89).

A atuação do profissional neste campo também tem suas particularidades, assim como toda profissão, pois o Serviço Social não atua sobre uma única necessidade humana bem como o dentista, o médico, e também não se destina a todos os homens da sociedade, sem distinção de renda ou de classe, sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade (Netto e Carvalho, 2012).

As ações pensadas ao profissional de Serviço Social na equipe NASF conforme as orientações do Ministério da Saúde (2008) são:

- Desenvolver programas e ações de promoção da cidadania e produzir estratégias que fomentem e fortaleçam as redes de suporte social, com vistas a uma maior integração entre os serviços de saúde, sua área de atuação e outros equipamentos sociais;
- Desenvolver programas e ações com vistas à redução das desigualdades sociais e a desinformação acerca dos direitos dos cidadãos, promovendo ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania;
- Desempenhar no exercício do cargo as demais atribuições definidas legalmente como privativas da profissão de assistente social ou conferidas aos profissionais pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS.

O assistente social deverá, sem prejuízo de outras funções:

- Coordenar os trabalhos de caráter social adscritos às ESF;
- Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- Discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- Atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo do adoecimento;
- Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação da saúde;
- Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- Identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- Desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- Estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- No âmbito do serviço social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenoterapia.

Cabe destacar que “a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (CFESS, 2010, p. 46).

Conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), algumas destas ações tem caráter técnico-administrativo ou demandam uma função específica da área da saúde que não é contemplada na formação dos Assistentes Sociais.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existentes (CFESS, 2010, p. 47).

É essencial ressaltar sobre importância do trabalho em equipe para o assistente social, ou seja, o trabalho interdisciplinar na saúde.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do

médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 46).

Nos Cadernos de Atenção Básica que compõe as Diretrizes do NASF (2010) está estabelecido os seguintes objetivos para o Serviço Social no NASF:

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros (BRASIL, 2010 p. 90).

Na política de saúde Serviço Social no NASF é mais um campo de atuação, agindo como viabilizador desta política na busca pela garantia de direitos, sendo capaz de trabalhar com a questão social nas suas mais diversas expressões, visando a qualificação da atenção à saúde e melhorias na sua resolutividade, diante disso, vimos quão grande é a importância do Assistente Social nesse espaço sócio-ocupacional.

Desta forma, se faz necessário saber que a atuação do serviço Social no NASF deve partir do princípio de que à saúde se faz pela promoção da cidadania na busca da efetivação ao direito à saúde. Diante deste contexto que se submete o profissional em Serviço Social pode-se dizer que a sua prática deve estar pautada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo, possibilitando a partir disso que o profissional estabeleça um olhar crítico para o enfrentamento da realidade.

2 - O Serviço Social no NASF: inserção e condições de trabalho

Mediante os dados do capítulo anterior e conhecimento acadêmico, sabe-se que entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional do NASF está o assistente social. O assistente social é imprescindível nas instituições de saúde, isto porque possui a capacidade técnica de ver a realidade e buscar a essência dela, não se limitando ao que a aparência lhe traz. Possui também a capacidade de compreender todos os aspectos sociais, econômicos e culturais que estão para além do problema clínico do usuário, buscando estratégias para o enfrentamento de tais questões.

Neste capítulo se apresentam os resultados de uma pesquisa aplicada via roteiro, realizada com Assistentes Sociais nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista, com o objetivo de identificar o perfil sócio ocupacional do profissional buscando ainda compreender questões sobre a inserção e prática profissional, a dinâmica e condições de trabalho, as demandas e respostas dos profissionais no NASF.

2.1 Considerações sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa

Nesse capítulo iremos tratar sobre os procedimentos metodológicos que nos levou a pesquisa. Antes da apresentação da pesquisa, é necessário enfatizar como chegamos a tais resultados, quem foi nosso público-alvo, o tipo de pesquisa utilizada e outros procedimentos metodológicos inerentes a este trabalho acadêmico. Há neste uma fundamentação através do método dialético proposto por Marx, pois favorece uma aproximação com a dinamicidade e o

movimento do real, permitindo uma reflexão em que os diversos elementos dialogam entre si, numa perspectiva de totalidade.

Diante do tema que guiou a pesquisa, assim intitulada “O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional” afim de conhecer os NASF em algumas cidades de Santa Catarina, especificamente nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista, verificando ainda os objetivos propostos, a abordagem de estudo é a pesquisa social qualitativa– empírica e exploratória.

Segundo Minayo, et al. (1994), a abordagem qualitativa está relacionada com as situações particulares, realça a realidade, mas não se preocupa com o que pode ser quantificado. Esse método prioriza crenças, valores e atitudes, isto é, demanda análise profunda das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Engloba os sistemas de relação que constroem o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, e também as representações sociais que compõem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que por sua vez lhe atribuem significados.

O método qualitativo tende, por meio dos dados empíricos, “conhecer, explorar e descrever a complexidade e contradições dos fenômenos e relações interpessoais e sociais” (CARVALHO, 2012, P.39) visando à familiaridade entre pesquisador e objeto de estudo que, quando explorado sobre outra linha de pesquisa não alcança “facticidade, proximidade concreta, visibilidade” (DEMO, 2012, P. 92).

Com relação ao caráter exploratório da pesquisa Gil (1991) salienta que a pesquisa exploratória “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema”. A pesquisa ao focar na familiaridade visa torná-lo mais explícito ou a facilitar a construção de hipóteses. Tem como característica a flexibilidade, de modo que qualquer aspecto relativo ao tema estudado tem importância. Grande parte das pesquisas exploratórias envolve levantamento bibliográfico, documental e entrevista ou questionário envolvendo pessoas que tiveram alguma experiência com o tema de estudo.

Para a efetivação deste trabalho, foram definidos os seguintes procedimentos: delimitar o estudo no seu aspecto bibliográfico, bem como a pesquisa documental através dos documentos de domínio público e posteriormente o instrumental para coleta de dados que foi produzido através de entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, composto por 26 questões combinando perguntas abertas e fechadas.

Conforme Gil(1999) o roteiro é parte de uma investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

Para a realização das entrevistas e posterior utilização destas no decorrer do estudo, foi garantido sigilo quanto a identidade dos profissionais que participaram, sendo assim, optamos por criar um código que referenciasse os profissionais. A entrevista, como coleta de dados sobre um determinado tema científico, é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo.

Foi enviado um roteiro de perguntas para profissionais de outras cidades do estado de Santa Catarina a fim de ampliar o conhecimento sobre o NASF, conhecer a estrutura, suas possibilidades e prioridades na atuação da equipe, focando na atuação do Serviço Social, considerando o período de implantação do NASF e as particularidades dos municípios estudados.

Vale ressaltar ainda que para iniciar o presente trabalho foi feita a tentativa de contato com os profissionais das seguintes cidades: Rodeio, Ascurra, Timbó, Pomerode, Guaramirim, Jaraguá do Sul, Rio do Sul, Nova Trento, Itapema, São José, Xanxerê, Chapecó, Indaial, Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista. Dentre todas estas cidades foi possível contatar com os profissionais de Serviço Social em apenas sete cidades. Considerando que algumas não tem NASF e outras não foi possível localizar os profissionais. Conseguimos efetivar contato com profissionais nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville, São João Batista e Indaial, sendo que em Palhoça foi possível contatar dois, porém apenas um retornou o roteiro respondido e Indaial não retornou, novas tentativas de contatá-los foram feitas, mas sem retorno.

Assim, para a concretização desta pesquisa, foi realizado contato prévio por telefone para convidar os profissionais a participar da pesquisa e esclarecer seus objetivos. Tendo retorno positivo dos mesmos através deste primeiro contato, o roteiro foi posteriormente encaminhado via e-mail, juntamente com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e ainda a declaração do pesquisador orientador (anexo a este TCC). Bem como o retorno das profissionais que também se deu via e-mail. A real concordância dos profissionais em participar da pesquisa foi afirmada através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foi possível observar que as pessoas entrevistadas, ao responderem às perguntas, expuseram sua opinião discretamente. Assim, a última etapa foi a análise dos dados coletados, visando a apreensão crítica dos sujeitos do estudo, foram analisados ainda os roteiros respondidos, refletidos à luz da teoria crítica.

Dado o exposto, a seguir apresentaremos uma síntese da pesquisa realizada, e ainda algumas reflexões necessárias para seu entendimento bem como seu encerramento. Procuraremos abordar os dados abaixo conforme ordem cronológica de retorno dos roteiros.

2.2 Perfil dos profissionais entrevistados no NASF

Com o propósito de conhecer o perfil dos Assistentes Sociais que trabalham no NASF das cidades que foram objeto da pesquisa, a primeira parte do roteiro de entrevista contemplou questões de identificação do perfil sócio ocupacional do profissional. Assim sendo, neste item abordaremos exclusivamente dados dos Assistentes Sociais, conforme a tabela que segue.

Tabela 1: Perfil dos Assistentes Sociais entrevistados que trabalham nos NASF no período de setembro a outubro de 2016, nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista.

Entrevistadas (o)	Idade	Sexo	Escola de Formação	Ano de Formação	Pós-graduação
AS1	28	F	UFSC	2014	Não
AS2	45	F	UFSC	1993	Especialização
AS3	23	F	UFSC	2014	Especialização
AS4	39	F	UFSC	2005	Especialização e Mestrado
AS5	40	F	FURB	2000	Especialização
AS6	27	F	UFSC	2011	Especialização

Fonte: Roteiro de questões para identificação do perfil sócio ocupacional. Elaboração da autora.

Mediante a entrevista via roteiro semiestruturado e a partir da tabela acima, podemos dizer que o conjunto de seis profissionais em Serviço Social entrevistados são mulheres com idade entre 23 a 45 anos.

A maioria das profissionais se formaram na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, uma apenas se formou na Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB. Em relação ao tempo de formação das profissionais entrevistadas, verificamos que a AS2 já tem aproximadamente vinte e três anos de formação, já as outras Assistentes Sociais formaram-se a partir do ano de 2000.

Em relação a formação continuada das profissionais, quatro delas tem especialização, uma tem especialização e mestrado e a outra não cursou mais nada após a graduação.

A tabela abaixo apresenta o perfil profissional dos entrevistados com relação ao vínculo empregatício no NASF.

Tabela 2: Perfil profissional, tempo de trabalho, carga horária e tipo de contrato de trabalho indicado pelas assistentes sociais dos NASFs.

Tempo de trabalho no NASF	Carga horária	Contrato de trabalho	Assistentes sociais
1 ano e 4 meses	30	Celetista temporário	AS1
2 anos	40	Estatutário	AS2
03 meses	40	Celetista temporário (Contrato de um ano)	AS3
04 anos	40	Estatutário	AS4
05 anos e 10 meses	30	Estatutário	AS5
02 anos	30	Estatutário	AS6

Fonte: Roteiro de questões para identificação do perfil sócio ocupacional. Elaboração da autora.

Dado o exposto, vimos que três profissionais realizam no NASF 40 horas semanais e as demais apenas 30 horas semanais. Quanto ao contrato de trabalho, divide-se entre Estatutário e Celetista, sendo dois celetista temporários e quatro estatutários. Em relação ao tempo de trabalho no NASF, verificamos que o tempo de trabalho das profissionais oscila entre três meses a aproximados seis anos.

Destacamos que os profissionais entrevistados não têm outro vínculo empregatício de acordo com o que foi colocado em suas respostas no roteiro. A seguir apresentaremos outra tabela que traz os eventos que os profissionais entrevistados participaram nos dois últimos anos e início do atual.

Tabela 3: Eventos que os Assistentes Sociais entrevistados participaram nos anos 2014/2015 e início de 2016.

Nome do Evento	Entrevistados
Seminário: Gênero e Feminismo	AS1
Seminário: A atuação do Assistente Social na saúde em âmbito hospitalar: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde HU/UFSC	AS1
Mesa Redonda: Questão Social e Políticas Públicas	AS1
Encontro: A intervenção do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	AS1
CBAS	AS2
ENPESS	AS2
Congressos da Rede Unida	AS2
ABRASCO	AS2
III Seminário de Atenção Psicossocial	AS3
Fórum Prevenção ao Suicídio	AS3
I Encontro Regional de Apoio à Saúde da Família (NASF)	AS3
II Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, em Florianópolis – SC	AS4
15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais em Olinda – Pernambuco	AS4
Serviço Social no Sistema Socioeducativo	AS5
Iniciação de NASF	AS5
Os impactos da violência na saúde pública, SUS e suas Leis	AS5
Trabalhos de grupo na Atenção Básica	AS5
II Colóquio Sobre Dependência Química – 2014	AS6
II Seminário de Atenção Psicossocial – Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Santa Catarina: de um cenário de avanço de direitos ao avanço da construção de redes de atenção – 2014	AS6
Mesa Redonda: Perspectivas contemporâneas sobre a sociedade civil – 2014	AS6
Capacitação de Recursos Humanos e de Gestores de Políticas Públicas em Trabalho social com Famílias – 2015	AS6
II Congresso Catarinense de Assistentes Sociais – 2016	AS6

IV Colóquio Sobre Dependência Química – 2016	AS6
--	-----

Fonte: Roteiro de questões para identificação do perfil sócio ocupacional. Elaboração da autora.

Os dados acima, como os nomes dos eventos principalmente, foram colocados aqui conforme informações obtidas por meio da pesquisa, não há, portanto, como afirmar que o nome indicado pelas mesmas corresponde realmente ao título oficial do evento. Todas as Assistentes Sociais participaram de eventos distintos, ou seja, em nenhum coincidiu a participação de mais de uma profissional.

Percebemos que a maioria das profissionais priorizam suas participações em eventos que tratam assuntos relevantes a área da saúde e a área do Serviço Social de um modo geral, apenas três participaram de eventos com relação ao NASF, a partir disso é possível destacar que poucas ultrapassam seu interesse por temas adversos. Mesmo assim enfatizamos que os dados obtidos mostram que suas participações de certa forma reportam a intenção de obter maior conhecimento num todo.

Através da pesquisa conseguimos saber também quais os livros e os autores lidos pelas Assistentes Sociais nos dois últimos anos e início do atual, como mostrará a tabela a seguir.

Tabela 4: Livros e autores lidos pelos Assistentes Sociais entrevistados participaram nos anos 2014/2015 e início de 2016.

Livros	Autor	Entrevistados
O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social	Eliezer Rodrigues Santos e Líria Maria Bettiol Lanza	AS1
Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental	Eduardo Mourão Vasconcelos	AS1
Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias	Regina Célia TamasoMioto	AS1
Determinantes Sociais de Saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário	Vera Maria Ribeiro Nogueira	AS1
Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade	Marilda Villela Iamamoto	AS1
	Yolanda Guerra	AS2
	Marilda Vilela Iamamoto	AS2; AS6
	José Paulo Netto	AS2
	Regina Célia TamasoMioto	AS3; AS6
	Maria Inês Sousa Bravo	AS3
	Ana Maria de Vasconcelos	AS3
Serviço Social, Tecnologia da Informação e Trabalho	Renato Veloso	AS4
Serviço Social, ética e saúde. Reflexões para o exercício profissional	Maurílio Castro de Matos	AS5
Saúde mental e serviço Social	Eduardo Mourão Vasconcelos	AS5
SINASE – Comentado	–	AS5

Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012	–	AS5
	Mário Luiz Ramidoff	AS5
Instrumentais técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário	–	AS6
Fundamentos ético-políticos e rumos teóricos-metodológicos para fortalecer o trabalho social na política nacional de assistência social	–	AS6
	Liliane Moser	AS6
	Helder Boscade Moraes Sarmiento; outros	AS6

Fonte: Roteiro de questões para identificação do perfil sócio ocupacional. Elaboração da autora.

Com os dados apontados acima pode-se dizer que apenas as obras das autoras Marilda Vilela Iamamoto e Regina Célia TamasoMiotto foram lidas por mais de uma profissional no período indicado.

Em relação a participação das Assistentes Sociais em Conselhos de Direito ou Política Social, apenas duas das profissionais entrevistadas participa ou já participou. Desta forma, verificamos que a AS4 já foi Conselheira dos Direitos da Criança em Florianópolis e atualmente é Conselheira Municipal de Saúde em Palhoça, no que tange ao segmento dos Profissionais de Saúde (segunda Gestão) e do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, segmento Saúde (primeira Gestão). Já a AS5 participou do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente de Joinville por 4 anos (02 ONG e 02 governamental) e participou do Conselho Municipal de assistência.

Sabe-se que na organização do processo de trabalho em Saúde da Família e dentro dos objetivos propostos para a área de Serviço Social, uma das ações do Assistente Social no NASF conforme preconiza suas diretrizes é trabalhar com controle social, ou seja, realizar ações de intervenção coletiva. Desta forma observa-se que o controle social está entre as ações a serem realizadas pelos Assistentes Sociais no NASF, portanto os dados alcançados nos mostram que não há prioridade nas ações relativas ao controle social nos espaços dos Conselhos Locais de Saúde - CLS e Conselho Municipal de Saúde CMS, pois grande maioria das entrevistadas nos informou que não tem uma participação efetiva e constante nesses espaços.

Quanto à supervisão de estágio, considerada através da Resolução CFESS nº 533 de 2008 art.2º atividade privativa do Assistente Social, os dados obtidos foram que dos seis profissionais, três realizam supervisão de estágio, e outros três não estão supervisionando até a data da pesquisa.

As informações aqui postas nos mostraram variedades de informações, apenas algumas coincidiram. Logo, trabalharemos sobre a implantação e condições de trabalho no NASF de cada cidade estudada.

2.3 NASF: implantação e condições de trabalho

A partir da pesquisa realizada nas cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista, conseguimos os seguintes resultados referente a implantação e condições de trabalho no NASF.

Em Governador Celso Ramos o NASF foi implantado em 22 de junho de 2010, sancionado por meio da Lei Municipal Nº 686/2010. Atualmente o município está inserido na modalidade de NASF 2 e dispõe de uma única equipe composta por três profissionais de diferentes áreas: Assistente Social, Fonoaudiólogo e Psicólogo, ou seja, é 1 (um) NASF para 5 (cinco) equipes ESF. O participante da pesquisa pontua que o assistente social é o profissional que sempre se fez presente no NASF do município. O ingresso do Assistente Social participante da pesquisa ocorreu em julho de 2014 sendo que 4 (quatro) assistentes sociais ao total já passaram pelo NASF de Governador Celso Ramos.

Em relação as condições de trabalho em Governador Celso Ramos, a Assistente Social relata que a sala de atendimento do NASF nas unidades assegura acessibilidade às pessoas com deficiência e pessoas idosas e, sobretudo, não compromete o sigilo profissional. Na maioria das unidades os espaços são amplos, isto é, propicia a construção de relatórios, grupos, reuniões, atendimentos compartilhados e demais ações. Em relação aos equipamentos de informática e telefonia são necessárias melhorias. A profissional destaca ainda, a dificuldade de transportada instituição diante das situações em que há necessidade de deslocamento de algum profissional do NASF junto a equipe ESF para realizar visitas domiciliares e institucionais, por exemplo.

Dando ênfase ainda afim de contribuir com a pesquisa, verificou-se que geralmente as ações de ordem coletiva no NASF tende a iniciar pelas maiores demandas da equipe ESF, desta forma, o trabalho de apoio aos grupos ocorre por meio de planejamento prévio, tendo em vista que essa ação técnico-pedagógica é realizada na própria Unidade Básica de Saúde - UBS. O fazer profissional do assistente social nos grupos visa buscar mecanismos e falas para

fortalecer os espaços sociais, garantir direitos sociais e, sobretudo, tentar possibilitar a consciência de classe, de cidadão.

Na cidade de Florianópolis, segundo a Assistente Social o NASF teve seu início no ano de 2009, contando com cinco profissionais sendo distribuído por Distrito Sanitário. Atualmente a constituição da equipe é composta pelos seguintes profissionais; assistente social, nutricionista, farmacêutico, psicóloga, psiquiatra, profissional de educação física, fisioterapeuta e pediatra. Nesta cidade o enquadramento é o NASF 1. Em relação as condições de trabalho a profissional informa que as salas são precárias, equipamentos fora dos padrões ergonômicos não colaborando na melhoria da performance no trabalho o que resulta em péssimas condições de trabalho. Já os trabalhos em grupo com usuários se dão de forma coletiva e com as equipes da ESF, partindo de um trabalho conjunto.

Em Porto Belo conforme a profissional, o NASF foi instituído no município no segundo semestre do ano de 2015, sendo implantada apenas uma equipe. O interesse de implantação do serviço partiu da gestão do município. Quanto a escolha dos profissionais para compor a equipe, a princípio foram deslocados do Centro de Atenção Especializada em Saúde aqueles que demonstraram interesse no NASF, sendo eles dois psicólogos (40 horas), um nutricionista (40 horas), um fisioterapeuta (20 horas) e um farmacêutico (20 horas).

A Assistente Social enfatiza que o NASF deu início a suas atividades a partir do mês de janeiro do ano de 2016. Dentre os profissionais citados, apenas o farmacêutico não permaneceu no serviço. Uma vez que o NASF ainda não possuía equipe mínima e conforme as demandas recebidas pela equipe, a mesma viu a necessidade de compor o serviço os seguintes profissionais: Educador Físico, Farmacêutico e Assistente Social. Desses profissionais, apenas o Assistente Social (20 horas) foi contratado (até o presente momento) no mês de junho deste ano. A primeira Assistente Social permaneceu apenas durante um mês, por este motivo foi contratado em seguida um novo profissional na área. Cabe ressaltar que atualmente os profissionais de Psicologia e Nutrição, além de realizarem atribuições do NASF, ainda desempenham serviços na Atenção Especializada.

Hoje o município de Porto Belo se enquadra na modalidade NASF 1, cobrindo o atendimento de 7 (sete) Estratégias de Saúde da Família (ESF) e uma extensão de unidade. Os profissionais que compõem o NASF são: duas psicólogas (40 horas), uma Assistente Social (40 horas), uma nutricionista (40 horas), uma fisioterapeuta (20 horas).

Conforme a profissional, o NASF dispõe de uma sala central e um carro. Porém, possui limitações quanto às salas de atendimento das unidades (principalmente para realização

de grupos onde não há espaço), não possui telefone e equipamentos de informática próprio, e há dificuldades quanto ao acesso a redes de Internet. Ainda de acordo com a mesma, em Porto Belo os trabalhos em grupo ainda não acontecem de forma plena. Como o NASF é recente, existe resistência das ESF quanto aos serviços prestados pela equipe. Porém, em fase inicial, trabalha-se com as unidades a possibilidade de realizar grupos (que, até então, não vem sendo desenvolvidos pelas ESF). Possíveis grupos; grupo de cuidadores, grupo de saúde (trabalham temas relacionados à saúde conforme demanda trazida pelos usuários), grupo de gestantes, grupo de tabagista.

Na cidade de Palhoça, a Assistente Social informa que o NASF efetivamente está implantado desde outubro de 2012, contemplando três regionais: Norte, Centro e Sul. Seu enquadramento é o NASF 1 e os profissionais que compõem são: Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista, Farmacêutica Fonoaudióloga e Educador Físico. Atualmente, a Assistente Social está ativa em uma Regional, a saber, regional Norte, visto que uma profissional se afastou para assumir outro concurso público e outro profissional Assistente Social está na Gestão como Coordenadora do NASF.

De acordo com a profissional o NASF Norte está dando cobertura a 06 UBS, contemplando 11 Equipes ESF, enfatizando ainda o pleno conhecimento que não é permitido tal situação pois ultrapassa o limite indicado pelas Portarias do Ministério da Saúde que apontam o teto de 09 Equipes ESF para a Modalidade NASF 1. A mesma repassa esta informação baseada nas Portarias do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, Portaria nº 548 de 04 de abril de 2013, Portaria nº 562 de 04 de abril de 2013. Entretanto já foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde a ampliação das Equipes NASF, de 03 para 06 Unidades e no momento foi enviado o Estudo do Plano de Ampliação à Comissão Inter gestores Bipartite - CIB, para posterior envio ao Ministério da Saúde.

Quanto a infraestrutura no local de trabalho relata que o NASF contempla sala de atendimento nas 06 Unidades de Saúde com computador, já o telefone é privativo apenas na sala da Unidade sede vinculada ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Os profissionais circulam de acordo com as demandas: atendimento em consulta conjunta, atendimento em consulta individual quando é necessário, visita domiciliar, grupos, reuniões de matriciamento e reuniões externas como Fórum, Conselhos, Visita em pontos da Rede, entre outros. Apenas para os casos de Visita Domiciliar utilizam o carro da Equipe ESF, sendo que o restante do deslocamento é com carro próprio. A Assistente Social utiliza o

espaço da unidade Sede para contemplar seu arquivo profissional e para desenvolver relatórios e contatos telefônicos que exijam maior discricção / sigilo.

Os trabalhos em grupo no NASF de Palhoça acontecem via articulação com a ESF planejando a linha do cuidado. Ocorrem tanto na dimensão de facilitadora quanto co-facilitadora. Dependendo do grupo, as ações ocorrem compartilhadas com outros profissionais e/ou como apoio, ou ainda com demandas específicas de reconhecimento e acesso de direitos. Os grupos normalmente tratam sobre os seguintes assuntos: Tabagismo, Atividade Física, Alimentação Saudável, Gestante, Hipertensão, Pacientes com Artrite Reumatoide, Grupos de Terapias moldes da Terapia Comunitária, reunião com as equipes, etc. e ainda, palestras no território tais como: Programa Saúde na Escola, Grupos de Famílias do CRAS, Semana de SIPAT de Empresas no Território, nas turmas de medicina da UNISUL, na UDESC, etc.

Em Joinville a inserção da assistente social no NASF deu-se em agosto 2016, mesmo ano de criação do NASF. Mediante informação da profissional seu enquadramento é o NASF 1, fazendo parte da equipe os seguintes profissionais; 1 (uma) Assistente Social, 1 (um) Nutricionista, 1 (uma) Terapeuta Ocupacional, 1 (uma) Educadora Física e 2 (duas) Psicólogos. O NASF de Joinville atualmente dá apoio a 7 (sete)ESF.

O ambiente de trabalho do NASF é na estrutura das UBSs, neste local são utilizadas as salas de reuniões, consultórios e equipamentos já existentes nas unidades de uso especificamente da equipe ESF. A profissional ainda enfatiza que o NASF utiliza a sala de reunião da UBS de Pirabeiraba no Distrito Norte quando necessário, e em relação aos carros os profissionais tem portaria para dirigir, porém utilizam os motoristas e carros das equipes.

A Assistente Social contribui com suas informações também sobre o trabalho em grupo com os usuários, na qual acontece de diversas formas, tais como grupos fechados que acontece após a avaliação do profissional responsável para o problema específico e grupos terapêuticos. E os grupos abertos que ocorre por indicação da equipe Saúde da Família, direcionados a qualidade de vida, exercícios físicos, educação em saúde, etc.

Na cidade de São João Batista existe uma equipe de NASF a qual foi implantada no ano de 2011 sob a coordenação de uma Assistente Social. O enquadramento é o NASF 1 tendo uma equipe composta por uma assistente social, um nutricionista, um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma fonoaudióloga, que hoje atua também como coordenadora.

Em se tratando das condições de trabalho, através das informações obtidas, sabemos que na cidade de São João Batista os profissionais de serviço social, fonoaudiologia e psicologia possuem salas próprias e individuais de atendimentos. Já o nutricionista não possui

sala própria e utiliza salas que não estão sendo utilizados pelos médicos ou outro profissional no momento para realizar seus atendimentos. O Fisioterapeuta atende em sala coletiva junto a outro profissional de fisioterapia. Todas as salas possuem computador com internet e telefone. A equipe do NASF possui carro próprio, que é utilizado para as visitas domiciliares e algumas vezes para locomoção para cursos. O trabalho é planejado na sala de atendimento da coordenadora do NASF, onde todas as segundas feiras são realizadas reunião para elaboração do cronograma mensal e no decorrer da semana organizadas outras ações, se necessário. Os relatórios coletivos são feitos na sala da coordenadora também, já os individuais cada profissional realiza na sua sala.

A profissional contribui ainda com informações sobre os trabalhos em grupo com os usuários, dizendo que os mesmos acontecem nas unidades de saúde, em espaços variados, algumas vezes não muito adequadas ao sigilo, pois não existe uma sala específica para esses atendimentos. A partir disso podemos dizer de acordo com o Código de ética profissional dos Assistentes Sociais de 1993 que constitui direito do Assistente Social a inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional. Quanto aos trabalhos em grupo algumas vezes são realizados por um profissional específico e outras vezes por mais de um profissional ou pela equipe.

A partir do exposto e dentre as cidades pesquisadas, compreendemos que o primeiro NASF implantado foi em Florianópolis em 2009, logo em Governador Celso Ramos no ano de 2010, São João Batista em 2011, Palhoça em 2012, Porto Belo em 2015, e o mais recente na cidade de Joinville em 2016.

2.4 O registro e a sistematização da prática profissional

Aproveitamos ainda com a pesquisa para apreender informações sobre as formas de registro utilizado pelos profissionais em seu cotidiano profissional no NASF. Para mostrar o resultado obtido, segue tabela abaixo:

Tabela 5: Formas de registro utilizado no cotidiano profissional no NASF / Secretaria de Saúde

Registros	Entrevistados					
	AS1	AS2	AS3	AS4	AS5	AS6
Prontuário eletrônico	X	X		X	X	X
Prontuário em papel	X		X			X
Formulário próprio do setor				X	X	
Cadernos do setor						
Relatório Mensal – anual	X		X	X		
Estudo social	X	X		X		X
Parecer	X	X	X	X		X
Encaminhamentos	X	X	X	X	X	X
Outros						X

Fonte: Roteiro de questões para identificação do perfil sócio ocupacional. Elaboração da autora.

Analisando a planilha acima, vimos que nenhuma das profissionais utilizam como registro algum tipo de caderno do setor. E apenas a AS6 relatou outra forma, assim sendo, informou que é realizado registro dos atendimentos em planilha do Excel, onde são registrados nome, data de nascimento, número do cartão do SUS, demanda, encaminhamento realizado e data do atendimento. Informou ainda que os demais profissionais do NASF realizam registros no E-SUS, no entanto, tal sistema não contempla as necessidades do profissional de serviço social. Por isso, apenas os atendimentos coletivos do serviço social são registrados neste sistema. O único registro que coincidentemente todas as Assistentes Sociais realizam nos seus respectivos ambiente de trabalho são os encaminhamentos. Em relação as outras formas de registros há uma variedade de resultados conforme nos mostrou a planilha acima. Portanto, percebemos com o resultado da pesquisa que todas as profissionais registram suas ações das mais variadas formas, acredita-se que para sua garantia.

De acordo com a análise dos dados acima, afirmamos que o registro do trabalho do assistente social é um instrumento que reflete as habilidades e competências teóricas, possibilitando o estudo e a avaliação da sua atuação no cotidiano. Os instrumentos de registros podem ser utilizados pelas profissionais de acordo com aqueles que melhor se adequam a cada necessidade individual das profissionais. Por isso o Assistente Social é livre para criar e recriar instrumentos a fim de encontrar aquele que se adequa a seu cotidiano, possibilitando com isso explicitar os dados que retratam a realidade. Mediante os registros o Assistente Social consegue elementos para problematizar, analisar seu o trabalho e assim dar respostas qualificadas a suas demandas a partir da autocrítica e análise constante do fazer

profissional. Ressaltamos aqui o quanto é importante não tratar o registro meramente como um acervo, pois isto pode empobrecer bem como desqualificar sua importância enquanto instrumental técnico.

Quanto a sistematização das demandas, mediante relatos da AS1, a mesma considera importante e sistematiza todas as demandas cotidianas, enfatizando ainda que tudo aquilo que chega de forma isolada nada mais é do que necessidades e/ou demandas coletivas. Para a mesma, a sistematização é necessária para que outro profissional compreenda ações já realizadas e entenda o que ainda pode ser feito, momento para destacar sua capacidade criativa e propositiva. A referida profissional relata ter rotina de registro em diário de campo, relatórios, estudo social e relatórios estatísticos, tendo ainda mera consciência da importância de fazer análises e/ou reflexões sobre a intervenção realizada e/ou realidade em que atua. Já a AS2, nos informa que as demandas são sistematizadas através do sistema de informações da SMS, desta forma, sendo realizado todos os registros de atendimentos realizados. A AS3 relata que atualmente não há a sistematização das informações, pois está há pouco tempo no NASF, e volta a dizer que o mesmo foi criado em 2016, a outra profissional ficou apenas um mês, acredita-se que por esse motivo ainda não se tratou sobre o assunto.

A AS4 relata que existe algumas formas de sistematização, fazendo parte o prontuário eletrônico do paciente via GMUS, arquivo próprio da profissão, visitas domiciliares, observação, estudo socioeconômico, relatórios, parecer, encaminhamentos. Planos Terapêuticos Singulares (PTS) e Planos de Saúde no Território (PST). E ainda se tem a clínica ampliada e o apoio matricial que ocorre via dimensão assistencial (atendimento de assistência direta) e dimensão técnico-pedagógica (grupos de promoção de saúde, educação permanente com as equipes, etc.). Já a AS5 relata as formas de sistematização sendo as agendas, Reuniões, estudo de caso, matriciamento, visitas domiciliares, atendimento individual compartilhado, etc.

Para a profissional, o Serviço Social possui papel fundamental dentro do NASF, pois detém o compromisso de efetivar o projeto ético político e garantir o direito dos usuários com promoção de autonomia e cidadania. Por último, temos a informação sobre o assunto da AS6 quando diz que as demandas são sistematizadas através dos estudos socioeconômicos, onde são identificadas as demandas trazidas pelo usuário e outras percebidas pelo profissional no atendimento.

A partir disso, é realizada a reflexão e estudo de caso individual ou com as equipes ESF e/ou NASF, e/ou com a rede, quando necessário, para o acompanhamento,

direcionamento, e encaminhamentos necessários. Após a realização do estudo socioeconômico, é feito um prontuário/ficha digital para cada usuário, essas fichas são separadas por demanda específica em pastas no computador e cada pasta possui o mencionado estudo junto aos documentos (RG, CPF, Cartão do SUS, Comprovante Residência, receitas, prescrições, atestados) do paciente digitalizados.

Afim de contribuir com os resultado aqui expostos, utilizamos os aparatos teórico de ALMEIDA (2006, p. 403) quando diz que:

O esforço de sistematização como um componente central do trabalho do assistente social não significa, portanto, apenas a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa. Trata-se, na verdade, de um esforço crítico, de natureza teórica, sobre a condução da atividade profissional, constituindo-se como um esforço problematizador sobre suas diferentes dimensões em relação às expressões cotidianas da realidade social, pela forma de organização do trabalho coletivo nas instituições e, sobretudo, pelas disputas societárias.

Contudo é necessário enfatizar que o registro e a sistematização da prática profissional alavanca um processo de organização onde o assistente social pode superar o senso comum que lida no cotidiano. Essa organização facilita a definição de estratégias de ação, fazendo-o reconhecer o objeto de investigação e potencializando uma ação vinculada aos pressupostos do projeto ético-político da profissão na busca pela garantia de direitos sociais, políticos e econômicos da classe trabalhadora.

Segundo SOUZA (1997, p. 13) diz que: “A atividade sistematizadora possibilita, assim, aos sujeitos de uma ação social e/ou coletiva se apropriarem de sua própria experiência pela construção do sentido de sua vivência nos programas, que poderá ser ampliada para a existência histórica”. Diante dessa afirmação constatamos ainda que se faz necessário para o sucesso de um trabalho a organização e sua sistematização programando assim o planejamento a ser executado junto com o conjunto de pessoas que fazem parte do trabalho.

Para obter os maiores resultados possíveis com a pesquisa, questionamos as profissionais sobre o relatório anual de atividades e também sobre o plano de trabalho do setor anual. Conseguimos os seguintes dados: apenas as cidades de Governador Celso Ramos, Porto Belo e Palhoça realizam ambos, Florianópolis e Joinville não realizam, e em São João Batista realiza-se o relatório anual de atividades apenas.

Sabe-se que o NASF é um campo novo na atenção básica em saúde, por este motivo, acredita-se que os profissionais parecem estar se apropriando desse campo, a fim de conhecer,

observar e buscar estratégias para enfrentar algumas dificuldades. É evidente a busca por uma boa qualidade de trabalho no espaço no NASF junto a ESF, para isso, as Secretarias muitas vezes procuram formas de organizar este espaço disponibilizando salas que não comprometam o sigilo profissional ou ainda colocando à disposição um veículo que possa garantir aos profissionais o cumprimento de suas necessidades externas.

Mesmo que tenha essa busca incessante para melhorias, vimos que algumas profissionais relatam que os espaços não são adequados para o trabalho e capacitação dos profissionais, ou seja, ainda sentem algumas necessidades. Percebemos ainda que há casos de resistência da ESF com a equipe do NASF, fazendo com que os profissionais do NASF se sintam muitas vezes desestimulados e frustrados para atuarem como deveriam por conta dessas dificuldades que encontram em seu percurso.

Concomitante ao assunto aqui abordado, e com a finalidade de conhecer o trabalho do serviço social no NASF das cidades estudadas, nos próximos itens desse estudo vamos destacar as múltiplas demandas que perpassam o cotidiano destes profissionais.

2.5 Demandas colocadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) – e as respostas do Serviço Social

Para uma abordagem mais detalhada sobre a ESF e o NASF é necessário conhecer como se desenvolve a dinâmica de trabalho entre eles em relação ao repasse das demandas da ESF para o NASF, mais especificamente entre ESF e Serviço Social. A partir dos resultados obtidos, vimos que as profissionais destacam demandas variadas que chegam ao Serviço Social colocadas pelas ESF, como segue.

Ainda que o Assistente Social tenha que intervir nas mais diversas expressões da Questão Social, conforme a AS1 “as demandas da equipe Saúde da Família tende a reduzir a nossa atuação profissional a uma única necessidade humana, a cesta básica, por exemplo”. A profissional ainda contribui dizendo que há profissionais da equipe Saúde da Família que pensam ser intervenções do Assistente Social a questão da higiene pessoal do usuário, “a idosa está com piolho, a assistente social precisa fazer alguma coisa” (AS1). A demanda referente a cesta básica citada pela profissional, apenas nos mostra que esta necessidade continua refletindo ainda nos dias de hoje a carência sócio econômica de um grande segmento

da sociedade brasileira, na qual a desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida ainda persiste.

A AS2 foi menos precisa, informando apenas que as demandas representam as expressões da questão social no âmbito da Atenção Primária a Saúde - APS, chegando através do matriciamento. A profissional AS3 participa dizendo que as principais demandas vindas das ESF são: negligência à pessoa com deficiência e idosa e também abuso sexual infantil. Podemos dizer que em relação às demandas das pessoas com deficiências e sabendo-se da complexidade da questão, principalmente no sentido da exclusão social perante a sociedade, o profissional deve procurar manter assistência e reverter o quadro para uma inclusão social. Referente as demandas pertinentes aos idosos, podemos dizer que é uma demanda antiga na área do Serviço Social, considerando principalmente o prolongamento de vida das pessoas.

Portanto, torna-se necessário relatar que muitas cidades não têm estruturas adequadas que possam oferecer boas condições de vida a estas pessoas que estão envelhecendo, e algumas vezes se encontram doentes e muito dependentes. Para uma análise sobre relatos de abuso sexual infantil, se faz necessário conhecer todo o contexto histórico familiar bem como a realidade desses sujeitos, a fim de entender o que contribuiu para esta situação, isto porque é no âmbito familiar que a criança deve encontrar maior proteção. Para tratar esta demanda, durante o atendimento exige-se o estabelecimento de vínculos de confiança entre ambas as partes.

Já de acordo com a AS4, como a ESF e NASF compartilham a Linha de Cuidado, as demandas para o NASF são as que envolvem e/ou requerem o apoio dos membros da equipe, seja apoio aos grupos, como por exemplo; Clínica Ampliada, Consulta Conjunta, Apoio Matricial, ações no Território. As demandas chegam pelas reuniões de Matriciamento fixas que ocorrem uma vez por mês em cada UBS com a presença do NASF e da Equipe Saúde da Família, bem como, por Formulário de Apoio Matricial que é desenvolvido, e-mail institucional, contato telefônico e Grupo de Matriciamento por UBS via WhatsApp.

Tivemos com a pesquisa outra resposta breve, agora foi a vez da AS5, quando nos informou apenas que as demandas chegam através de matriciamento ou discussão de casos. A última a contribuir para o levantamento de dados em relação as demandas impostas pela equipe Saúde da Família ao NASF foi a AS6, indicando que a maior parte das demandas chegam através do e-mail da coordenadora do NASF. Segundo a mesma, a solicitação da equipe Saúde da Família pelo profissional de serviço social, muitas vezes é para realizar visita domiciliar ou agendar atendimento na Unidade de Saúde para o usuário em questão ou sua

família. Após atendimento, com as devidas informações, orientações e encaminhamentos a contra referência é realizada pelo mesmo e-mail. As demandas mais frequentes são de visita para disponibilização de fraldas geriátricas, cadeiras de rodas, muletas, andador, conflitos familiares, auxílio e orientação para internação de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas.

Na oportunidade, perguntamos ainda sobre as respostas em relação a tais demandas, e para contribuir a AS1 enfatiza que “Como essas demandas são verbalizadas pela equipe Saúde da Família em encontros mensais, respondo baseada aos princípios do Código de Ética da Profissão que atualmente não nos cabe mais enquanto profissionais atender práticas tradicionais e conservadores (tal como a higiene pessoal do usuário)” (AS1). A partir da fala da profissional podemos colaborar dizendo que a atuação profissional do assistente social requer articulação entre realidade concreta e realidade subjetiva não cabendo ao profissional adotar uma postura assistencialista e moralizante.

Outra profissional contribui dizendo que “As respostas às demandas que surgem são através dos atendimentos que retratam o saber específico do Serviço Social” (AS2). Subtende-se que independente da demanda, o atendimento só é feito baseado no entendimento do profissional com o assunto.

Como resposta a AS3 diz que, “no caso de negligência à pessoa com deficiência e idosa, pretende-se desenvolver um grupo de cuidadores; no caso de abuso sexual infantil promover uma campanha no município em parceria com os demais órgãos competentes discutindo mecanismos de prevenção e proteção da criança como forma de combate ao abuso sexual infantil” (AS3).

No caso das demandas que chegam para a AS4, ainda segundo a profissional, podem ser respondidas pelas mesmas vias de comunicação e presencialmente quando a mesma está na UBS, e aindano momento em que é feito o planejamento do Projeto Terapêutico Singular do Paciente (PTS) ou o Projeto de Saúde no Território (PST). Salienta também que quando necessário as respostas podem ocorrer por meio de visitas domiciliares, consulta conjunta ou individual, contato com a rede através de encaminhamentos, estudo sócio econômico, relatórios, entre outros. A AS5 informa que as demandas são respondidas após estudo de caso com a própria equipe do NASF.

Observamos que as demandas relatadas são muitas vezes de atendimento direto com caráter social e emergencial, pois envolve situações de vulnerabilidade e risco. Muitas vezes estas demandas definem a real condição *versus* situação de vida dos usuários, quando os

mesmos procuram apoio devido ao desemprego ou até mesmo o subemprego, inexistência de moradia, violência urbana ou doméstica, acidentes de trabalho e abandono, principalmente aos idosos, que neste caso tem índice superior. Por este motivo, as ações socioassistenciais constituem-se nas principais demandas do Serviço Social.

A partir do exposto, vimos que para algumas equipes ESF é comum o desconhecimento do caráter real da profissão de Serviço Social, no que tange, por exemplo, ao apoio do desenvolvimento da autonomia, participação do exercício da cidadania e o acesso aos direitos sociais e humanos, ou seja, como uma profissão interventiva. Contudo, o Assistente Social está apto a atender as demandas apoiado no seu saber específico.

Entendemos que quando estas demandas chegam ao profissional de Serviço Social, muitas vezes já estão caracterizadas como urgentes pelas equipes ESF, exigindo-se das profissionais respostas imediatas, mesmo quando não os cabe tal função. Não podemos generalizar, porém, suspeita-se que alguns profissionais permitem de fato que as equipes ESF solicitem atendimentos a demandas que não são de sua competência, assim, contrapondo ao que deveria de fato acontecer. A partir disso, torna-se necessário reeducar a equipe ESF sobre as funções do Assistente Social a partir do que trata as Diretrizes do NASF. Não obstante, acredita-se que há profissionais em busca de alternativas para tal esclarecimento deste desafio diário.

A ação do Serviço Social se volta no enfrentamento das condições sociais, seja ela nos mais variados campos, visando intervir sobre as situações de vulnerabilidade e risco social, contribuindo para uma abordagem global que vai além da demanda apresentada. Como já vimos nos capítulos anteriores, podemos observar os eixos de atuação conciliando ao que informamos aqui e focar que a predominância se dá ao que tange nas ações de atendimento direto aos usuários com demandas socioassistenciais, isto porque verificamos que os atendimentos vão além da atenção básica, perpassando para os serviços de média e alta complexidade.

Por fim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser desenvolvida e defendida na saúde, exige que o trabalho em equipe seja refletido e discutido. As ações do Serviço Social no NASF devem pautar-se em ações junto às equipes saúde da família, voltando-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social (BRASIL, 2010).

2.5.1 Demandas da equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF

Por ser uma equipe complementar e de referência às equipes ESF, os profissionais da equipe NASF deverão oferecer suporte às demandas apresentadas por esta equipe. Para tanto se faz necessário compreender que o NASF, como equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e muitas vezes com objetivos comuns, também há possibilidades de demandas entre estes. Partindo disto, configuramos aqui alguns resultados obtidos com a pesquisa, como segue.

De acordo com AS1, as demandas da equipe NASF ao Serviço Social são de caráter civil, isto é, orientações para requerer os benefícios da Política de Assistência Social e Previdência Social (trata-se de direitos dos trabalhadores: aposentadorias, auxílio doença, pensão por morte, auxílio alimentação). Além dessas demandas, a equipe requer do assistente social apoio para realização de grupos socioeducativos aos usuários. A profissional informa que essas demandas aparecem corriqueiramente e que normalmente os outros profissionais identificam no atendimento e repassam ao Serviço Social.

Vimos que, as demandas socioassistenciais estão relacionadas a orientações e encaminhamentos de caráter emergencial, ou até mesmo quando a equipe NASF identifica demandas de vulnerabilidade social. Pode-se dizer que as demandas são identificadas pelos profissionais da equipe NASF mediante aos atendimentos quando percebem demandas de caráter social e assim repassam ao Assistente Social, surgindo a partir disso possibilidades de trabalhos em conjunto. Com relação as demandas que aparecem com caráter socioeducativo, estas têm relação com o trabalho de grupos entre NASF, ESF e usuários da saúde.

Mais uma vez a AS2 contribui de forma objetiva, dizendo apenas que as demandas da própria equipe NASF chegam também por matriciamento e que os retornos são via atendimentos. A AS3 também é direta e concisa e diz que uma das principais demandas vindas da equipe NASF é a preocupação quanto a condição econômica e social dos usuários, e que em casos como estes, busca-se encaminhá-los para a rede inter setorial. Até aqui, a fala da AS3 tem muito a ver com a situação da AS1.

Em continuidade aos resultados da pesquisa, a AS5 informa que as demandas chegam através das reuniões e estudo de caso com a própria equipe do NASF. Corroborando ainda dizendo que apesar das diferentes formações profissionais na equipe do NASF, é necessário um alto grau de articulação e compartilhamento de ações no âmbito da unidade de

saúde, destacando principalmente a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe ESF e NASF.

A AS6 colabora indicando que a maior parte das demandas do NASF chegam por meio dos e-mails enviados pelos enfermeiros, mas algumas vezes outros profissionais da equipe percebem a necessidade do olhar do serviço social e solicitam tal atendimento também. Após o devido atendimento, o caso é debatido e pensado em equipe. A profissional relata que as demandas costumam ser as mesmas explicitadas pelas equipes de ESF².

Já vimos que há falta de clareza das ESF com relação as funções do NASF, especificamente do Serviço Social, no entanto, percebemos também que a própria equipe do NASF desconhece as ações a ser realizada pelo Assistente Social. Percebemos que os profissionais têm dificuldades de apresentar com objetividade quais são as demandas que chegam de sua própria equipe, sobre as ações do Serviço Social. Percebemos que é necessário discutir, planejar e refletir junto às equipes, sobre as demandas e suas possibilidades.

Até aqui, os resultados alcançados nos mostraram que a prioridade de atendimento tanto das demandas apresentadas pela ESF ao Serviço Social quanto das demandas apresentadas pelo NASF, refere-se às demandas socioassistenciais e emergenciais. Como estratégia, o NASF deverá estar comprometido com a promoção de mudanças de atitude e na atuação dos profissionais da equipe ESF, bem como na sua própria equipe.

2.5.2 Demandas da Gestão/Secretaria de Saúde

As Secretarias Municipais de Saúde demandam algumas ações para o Serviço Social do NASF, nos quais são retratadas pelos entrevistados abaixo.

Primeiramente os gestores de saúde onde atuam desconhecem o objetivo do NASF, a equipe não é vista como referência de apoio multiprofissional às equipes ESF, com isso, percebo que quando eles não conseguem resolver alguma situação, é encaminhado para o Serviço Social. Geralmente são demandas organizacionais dos processos de trabalho e de caráter individual. Essas demandas são repassadas ao Serviço Social por meio de Comunicação Interna e contato telefônico (AS1).

² Não obtivemos resposta da AS4 para essa questão, ressaltando a oportunidade, que tentamos fazer um novo contato com a profissional via e-mail, porém, não tivemos êxito.

Subtende-se com a fala da AS1 que os gestores e até mesmo outros profissionais da referida Secretaria de Saúde desconhecem o papel do Assistente Social no NASF, por este motivo quaisquer demandas que aparecem solicitam ao Serviço Social.

A AS2 informa apenas que as demandas chegam através da reunião mensal da equipe NASF e/ou por procura individualizada, e os encaminhamentos são de acordo com a realidade objetiva e concreta de cada situação relatada. Enfatizo aqui que a profissional não especificou quais as demandas que chegam ao Serviço Social. Já a AS3 não constatou nenhuma demanda até o presente momento vindas da Secretaria de Saúde.

Através das contribuições da AS4, a profissional informa que são demandas diversas que podem chegar via comunicação interna e e-mail institucional da Coordenação do NASF, Diretora da Atenção à Saúde Integral, outras Diretorias de Segmentos específicos e Vigilâncias. Como ESF e NASF compartilham a Linha de Cuidado, as demandas tem que ter como porta de entrada a ESF, a qual conhece melhor o território e os pacientes. Posteriormente acionam o NASF, nos casos que envolvem ou requerem o apoio dos membros da equipe, seja, apoio aos grupos, Clínica Ampliada, Consulta Conjunta, Apoio Matricial, ações no Território. Tais demandas podem ser respondidas pelas mesmas vias de comunicação e presencialmente quando se torna necessário.

É importante ressaltar aqui que a profissional AS5 não contribuiu com essa questão. Por fim a AS6 informa que as demandas da Secretaria de Saúde geralmente vêm por meio de telefone ou a pedido do Secretário pessoalmente. São para concessão de benefícios em saúde ou, por vezes, para avaliação de situação socioeconômica e encaminhamentos para outros serviços. A partir do pedido é agendado a visita ou atendimento junto a coordenação do NASF e, posteriormente, de forma informal, é realizada contra a referência ao secretário ou pessoa que solicitou o atendimento.

Com os dados obtidos, podemos dizer que as informações apontam que a maioria das demandas vindas da Secretaria de Saúde é para que o Assistente Social realize ações quanto à organização do processo de trabalho, bem como desenvolver trabalho em conjunto com as ESF, participação em programas de saúde e para avaliação socioeconômica, e ainda demandas assistenciais de caráter individual.

Portanto, as respostas dos entrevistados indicam que as Secretarias demandam do Serviço Social do NASF intervenção em atendimentos assistenciais, e emergenciais e ações em programas pontuais, não priorizando estratégias de contribuição na construção, planejamento, diagnósticos, coordenação e avaliação da política e serviços de saúde.

2.5.3 Demandas colocadas pelos usuários individualmente ou demandas da comunidade

Lembramos, como já vimos anteriormente, que o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema de saúde, sendo seu objetivo, atuar em conjunto com as ESF compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde. Veremos a seguir que a maioria dos entrevistados não informam que o contato com as demandas da comunidade chegam ao Serviço Social a partir da mediação entre ESF e equipe NASF.

Em geral as demandas da comunidade/bairro nem sempre chegam pela equipe ESF, ou seja, em geral os usuários fazem do NASF a porta de entrada do sistema, procuram diretamente por cada especialidade para tratar da demanda, desta forma, as demandas da comunidade/bairro são pontuais (mediação de conflito familiar, por exemplo) e de acesso aos serviços (Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, Programa de Órtese e Prótese, Programa Bolsa Família, Programa Saúde Auditiva), medicação de alto custo, leite e fraldas descartáveis para idosos e pessoas com deficiência (AS1).

A fala da AS1 enfatiza que de modo geral as demandas apresentadas através da comunidade são pontuais como de conflitos no cotidiano e outras de acesso aos serviços.

A AS2 relata que identifica as demandas da comunidade através da escuta atenta e qualificada das necessidades em saúde da população, por meio de entrevista, visita domiciliar, reunião, visita institucional, articulação intersetorial e diálogo. Já de acordo com a AS3 as demandas vindas diretamente do usuário surgem de modo geral, principalmente pela necessidade de orientação. As mais recorrentes dizem respeito a questões trabalhistas como aposentadoria, auxílio doença e dúvidas sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Neste caso é feito a orientação e os encaminhamentos necessários.

Demandas: reconhecimento e acesso de direitos, situações de violência física, sexual, psicológica, patrimonial, negligência, etc. Acesso a consultas, exames, medicamentos, cirurgias na lista de espera ou não fornecidos pelo SUS, Promotorias, Ministério Público, Orientações sobre como e onde acessar Benefícios Eventuais como auxílio alimento, natalidade. Orientações referente ao Passe Livre Municipal, Intermunicipal, Interestadual e sobre habitação, direitos das gestantes, direitos da Saúde do trabalhador, direito dos pacientes e funcionários das Equipes, INSS e demais auxílios. As demandas chegam pela UBS via situações emergenciais, após reuniões de Matriciamento com as Equipes, encaminhadas da Rede por ofício, contato por e-mail institucional, comunicação institucional eletrônica, contato telefônico e pelas Reuniões do Fórum de Articulação Intersetorial (AS4).

A AS4 nos informa uma lista significativa de demandas diversas, e podemos considerar que todas são recorrentes pois expressam a verdadeira realidade política, social e econômica brasileira.

Mediante informações obtidas com a AS5, são várias as demandas, todas elas são respondidas conforme cada caso, umas mais complexas, outras menos, algumas orientações, outros encaminhamentos e trabalho em redeintersetorial.

As demandas individuais dos usuários chegam por meio de procura espontânea e nos dias de atendimento. As mais frequentes são para disponibilização de fraldas geriátricas, cadeiras de rodas, muletas, andador, óculos, concessão de medicamentos não padronizados pelo SUS, concessão de exames não disponibilizados pelo SUS, mediação de conflitos familiares, auxílio e orientação para internação de pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas. Diante das demandas, são realizadas as devidas orientações e encaminhamentos, e se necessário realizado novo agendamento de atendimento para acompanhamento da situação (AS6).

As demandas sinalizadas pelas entrevistadas são geralmente demandas de serviços, orientação, procura pela garantia de direitos no SUS, demandas relacionadas à saúde mental, mediação de conflitos familiares e outras como situações diversas de violência, negligência e carência socioeconômica, vindas individualmente pelos usuários. Vimos ainda que teve profissionais que destacaram as demandas por medicamentos, desta forma destacamos aqui o que fala Kruger (2010, p. 140) quando diz que “Os Assistentes Sociais como trabalhadores de saúde, ainda que não lidem diretamente com a prescrição ou dispensação dos medicamentos e procedimentos, recebem esta demanda pelos usuários”.

De certa forma percebemos que prevalecem as demandas da comunidade para o Serviço Social que têm alguma relação com o controle social. Vimos ainda que as demandas pelos usuários individualmente ou da comunidade/bairro não se limitam apenas a encaminhamentos. É possível dizer que as demandas que chegam no cotidiano profissional, aparentemente muitas vezes são individualizadas e fragmentadas. Para o atendimento à demandas como estas, é necessária leitura crítica da realidade, clareza sobre a prática profissional e conhecimento dos princípios ético-políticos.

2.5.4 Demandas de outras instituições

Os resultados obtidos referentes às demandas de outras instituições muito têm a ver com os resultados anteriores no que tange as formas que chegam tais demandas e quais são elas, assim como segue:

As demandas de outras instituições geralmente são demandas da população idosa e estão relacionadas à saúde mental. Há demandas também de medicação de alto custo, cadeira de rodas e meios auxiliares de locomoção. Essas demandas são repassadas através de encaminhamentos, Comunicação Interna e contato direto com o Assistente Social (AS1).

A AS2 relata receber demandas referente a situações de violação de direitos de pessoas idosas, crianças, mulheres, homens e demais grupos populacionais. Os retornos são dados mediante relação intersetorial e abordagem em rede. A AS3 descreve apenas que dificilmente chegam demandas de outras instituições.

As demandas chegam via reuniões de matriciamento com as Equipes, ofício, contato por e-mail institucional, comunicação institucional eletrônica integrando pontos de atenção, contato telefônico e pelas Reuniões do Fórum de Articulação Intersetorial (AS4).

Já a AS6 diz apenas que as demandas vindas de outras instituições costumam ser as mesmas já relatadas e chegam ou são contra referenciadas por e-mail, ofício ou telefone, dependendo do tipo de encaminhamento.

Concomitante ao que foi exposto aqui, podemos dizer que as profissionais responderam em um sentido geral, visto que nenhuma delas especificou qual é a instituição que está repassando tal demanda.

Sobre quais as demandas que as Assistentes Sociais recebem, está explícito que apenas duas profissionais dominam melhor a questão, sendo as seguintes profissionais AS1 e AS2. Realmente percebe-se mediante os resultados alcançados que as demandas muito se igualam nas respostas obtidas com as profissionais nas questões anteriores. Aproveitamos para ressaltar ainda que sentimos carência nessa questão em decorrência a algumas profissionais, principalmente a AS3 e a AS5.

Com este estudo podemos dizer que a proposta do NASF é ambiciosa, porém é necessário evoluir muito quando se trata da formação profissional, para que o mesmo consiga trabalhar os obstáculos que são encontrados no decorrer do caminho. O trabalho em equipe deverá ser assimilado no cotidiano da produção das ações de saúde, no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece. Podemos concluir que a responsabilidade sobre o êxito dos NASF será de todos aqueles envolvidos em sua construção.

CONCLUSÃO

Ao longo deste escrito, discorremos sobre a implantação de um sistema de saúde que fosse abrangente para toda a população menos favorecida. Esse sistema, nasceu na necessidade da sociedade, através da Reforma Sanitária, em obter os direitos básicos de saúde assistidos e custeados pelo Estado. Com a evolução deste programa, visando ampliar o atendimento básico a camada menos favorecida da população brasileira, gerou-se a necessidade da implantação de programas que agissem de forma a garantir o atendimento eficaz.

O trabalho do assistente social, não envolve somente ações socioassistencial e emergencial, nesse contexto é auxiliar pessoas que não possuem acesso parcial ou total à execução de sua cidadania, buscando auxiliar na solução dos problemas voltados a educação, habitação, emprego, saúde, entre outros, mas também está apto para atuar nas políticas sociais públicas e privadas defendendo seus ideais. Preocupando-se com o bem-estar físico, psicológico, social e com políticas que garantam esses direitos.

O assistente social atua em um campo tenso e desafiante, pois ao passo que a sociedade brasileira vivencia inúmeras desigualdades e uma ampliada pauperização, o Estado retrai sua responsabilidade com o campo social.

É justamente neste cenário de racionalização dos gastos estatais que a atenção básica vem ganhando centralidade, e nesta lógica caberá ao NASF, após inúmeras reivindicações em conferências, discussões sobre os limites orçamentários dos municípios para contratação de outros profissionais não tradicionais, engendrar à ESF possibilidades de obtenção de resolutividade, seguindo a lógica do matriciamento, tarefa está nada fácil se levarmos em conta as dificuldades de acesso, o grande número de famílias sob responsabilidade das equipes em cada território, o pífio número de profissionais efetivos, grande número de profissionais na ESF e demandas a serem referenciadas pelo NASF. Podemos dizer que são questões que se somam aos desafios na agenda contemporânea da política de saúde.

Com relação ao roteiro aplicado com alguns profissionais nos NASF's das cidades de Governador Celso Ramos, Florianópolis, Porto Belo, Palhoça, Joinville e São João Batista, podemos dizer que foi essencial para uma análise da realidade dos Assistentes Sociais, visto que possibilitou uma aproximação com o cotidiano profissional dos sujeitos de estudo. Acredita-se que quanto mais próximo o estudante estiver dos espaços de atuação do profissional, mais fácil será para ele conhecer as práticas de atuação e refletir sobre estratégias

para sua renovação e futura atuação. Esse processo permite que o profissional busque aperfeiçoamento intelectual para dar conta dos desafios postos a profissão.

Ressalta-se que nem todos os NASF's que fizeram parte deste trabalho realizam ações compartilhadas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), ou seja, o apoio matricial como parte do processo de trabalho muitas vezes não é executado. Evidencia-se que, as principais ações ora mencionadas e desenvolvidas pelo assistente social no NASF algumas vezes não estão de acordo com o que preconiza os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010). Porém, enfatizamos que percebemos diante da leitura dos documentos que fizeram parte do embasamento teórico neste, a importância do trabalho em equipe para o assistente social, ou seja, o trabalho interdisciplinar na saúde. No entanto, cabe pontuar que das ações definidas pelo Ministério da Saúde para o cumprimento do NASF, nas cidades destacadas, muitas vezes as profissionais conseguem apenas realizar ações individuais e pontuais distanciando da lógica de NASF pensada pelo Ministério da Saúde.

Percebo que esse cenário de ações individuais está atrelado a metodologia implantada, bem como a compreensão do NASF adotada pela gestão dos municípios, ou seja, muitas vezes não é dada abertura para estes profissionais atuarem junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, para além disso, o NASF é porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Além dessas dificuldades, o assistente social ainda sofre com a desinformação de alguns gestores da saúde, quanto ao objetivo do NASF auxiliando no trabalho da ESF buscando ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, visando sua resolubilidade. No âmbito da Saúde, sobretudo no NASF, as demandas apresentadas e/ou requisitadas ao assistente social são as mais diversas possíveis. Cabe destacar que “a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (CFESS, 2010, p. 46). Ainda conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), algumas destas ações tem caráter técnico-administrativo ou demandam uma função específica da área da saúde que não é contemplada na formação dos Assistentes Sociais.

O trabalho do assistente social junto ao NASF é extremamente importante pois gera resultados junto à comunidade, buscando melhoria de vida para a população, visando a qualidade de vida e o acesso aos direitos básicos para a população. O Estado e demais gestores da saúde (municípios) deveriam efetuar maiores investimentos e dar maior

assistência para que, cada dia mais pessoas possam ser auxiliadas e o trabalho das equipes e profissionais da NASF possa ser mais efetivo e eficaz.

Por fim, vale ressaltar que com este estudo, de acordo com seu objetivo que era identificar as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional, conseguimos identificar com objetividade as respostas dos assistentes sociais do NASF nas questões aplicadas. No entanto, apesar dos limites e desafios para a construção deste trabalho, reconhecemos a necessidade de aprofundar a discussão, haja vista que a pesquisa não está limitada e não se pretendeu esgotar a problemática da questão apenas neste trabalho de conclusão de curso, ou seja, é um processo investigativo e contínuo com a pretensão de contribuir com a discussão do Serviço Social na área da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/NOB SUS 96 – Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 648 de 28 de março de 2006. Brasília: 2006a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em 06/10/2016.

_____. Ministério da saúde. Portaria Nº. 154 de 24 de janeiro de 2008. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> acesso em 23/09/2016.

_____. Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.843 de 20 de setembro de 2010. Brasília: 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html>. Acesso em 11/10/2016.

_____. Lei Nº 686/2010, de 22 de junho de 2010.

_____. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

_____. Ministério da saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 07/10/2016.

CONSELHO Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Brasília: CFESS, 2010.

_____. Código de ética Profissional dos Assistentes Sociais, Lei 8662/93. Aprovado em 15 de Março de 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf>. Acesso em: 23/11/2016.

_____. RESOLUÇÃO Nº 533, de 29 de setembro de 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>. Acesso em 24/10/2016.

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da “sistematização da prática em Serviço Social”. In: MOTA, E. et. al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006. (p. 399 - 409)

BARROS, Jaqueline de Melo. O Serviço Social como trabalho e sua inserção no bojo das relações sociais de produção. 2011, 2ª ed., Vol2.

BRAVO, M. I. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Cortez/UFRJ, 1996

BRAVO, M. I. e MATOS, M. C. O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In. MOTA, A. E. et al (org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007. (p. 199-215).

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CAMPOS, Nayara Rúbio. O surgimento do NASF e a atuação do serviço social, publicada em 2013. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf>> acesso em 28/11/2016.

CARVALHO, Cristiano Costa de. As comissões locais de assistência social e a sociedade civil: desafios no controle social da política municipal de assistência social de Belo Horizonte. Belo Horizonte: UNA, 2012.

COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA.N.T; GERSCHMAN.S; EDLER. F. C; SUÁREZ. J.M (orgs.) Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. 7 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo. Atlas. 1991.

_____. Métodos e técnicas em pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária em Saúde promove impactos positivos sobre a situação de saúde ENSP, publicada em 25/01/2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/materia/index.php?origem=9&matid=19999>>. Acesso em: 04/10/2016.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. Revista Serviço Social & Saúde [online]. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

KRÜGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Revista katalysis, Florianópolis, v. 17, n.2, p.218-226, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0218.pdf>> Acessado em: 10 de Novembro de 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. Reforma Administrativa e Marco Legal Das Organizações Sociais No Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. In: Revista do Serviço Social Público. Ano 48, nº2. Bahia: 1997.

NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo. Economia Política: uma introdução crítica. 4ª Ed., São Paulo: Cortez Editora, 2008.

NETTO. José Paulo; CARVALHO. Maria do Carmo Brant. Cotidiano: conhecimento e crítica. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

SOUZA, João Francisco. “Sistematização da experiência por seus próprios sujeitos”. In Tópicos Educacionais. Recife-PE: UFPE, Centro de Educação, Vol. 15, Nº1/3, 1997.

VIANA, Ana Luiza D'ávila. DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis: Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.P.11-48 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista realizado com os assistentes sociais do nasf no período de setembro/outubro de 2016.

Título: O Serviço Social no NASF: as demandas, respostas e a dinâmica do exercício profissional

Acadêmica Glenda Linaura Marques

Prof^a Dr^a Tânia Regina Krüger

Semestre 2016.2

Questionário

a) Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional

- 1 Nome da instituição de trabalho:
- 2 Cidade:
- 3 Carga horária Semanal:
- 4 Tipo de contrato de trabalho:
 - () Estatutário
 - () Celetista temporário
 - () Terceirizado
 - () Cargo de livre nomeação e exoneração
- 5 Tempo de trabalho na instituição:
- 6 Idade:
- 7 Sexo:
 - () Masculino
 - () Feminino
- 8 Universidade que cursou Serviço Social?
- 9 Ano da colação de grau:

10 Pós-Graduação:

- ☐ Residência
- ☐ Especialização
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Não possui

11 Que eventos participou nos dois últimos anos relacionados ao Serviço Social?

12 Identifique nome de livros e/ou autores lidos nos dois últimos anos que tenha relação com o Serviço Social e sua área de trabalho.

13- Quanto a supervisão de estágio:

- ☐ Já supervisionei ☐ Não supervisionei

Qual período?

- ☐ Faço supervisão atualmente Desde quando?

14 – Participa de algum Conselho de Direito ou Política Social? (Descrever o(s) nome(s) do(s) Conselho(s) e o tempo de participação). Qual segmento representa/ou?

b) Questões para compreender o exercício profissional dos Assistentes Sociais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

1 Historicizar o NASF na instituição trabalhada e a inserção do assistente Social. (quando as equipes foram implantadas, quantas estão ativas em setembro de 2016, com quais profissionais, em quantas o assistente social participa...)

2 Qual seu enquadramento, NASF 1 ou NASF 2? Quais profissionais fazem parte?

3 Fale sobre a infra estrutura da instituição, tais como: salas de atendimento, equipamentos de informática, telefone, transporte, espaço físico para planejar o trabalho e fazer relatórios, entre outros.

4 Como se dá os trabalhos em grupo com usuários?

6 Quais as demandas que chegam para o Serviço Social do NASF e como Serviço Social responde:

- a) Quais são e como chegam as demandas colocadas pela equipe ESF? Como você enquanto profissional da área responde.
- b) Quais são e como chegam as demandas da equipe NASF? Como você enquanto profissional da área responde.
- c) Quais são e como chegam as demandas da gestão/secretaria de saúde? Como você enquanto profissional da área responde.
- d) Quais são e como chegam as demandas colocadas pelos usuários individualmente ou demandas da comunidade/bairro? Como você enquanto profissional da área responde.
- e) Quais são e como chegam de outras instituições (Secretaria de Desenvolvimento Social, Conselho Tutelar....)? Como você enquanto profissional da área responde.

7 - Quais as formas de registro utilizado no seu cotidiano profissional no NASF/Secretaria de Saúde?

- () Prontuário eletrônico
- () Prontuário em papel
- () Formulário próprio do setor
- () Cadernos do setor
- () Relatório mensal/anual
- () Estudo social
- () Parecer
- () Encaminhamentos
- () Outros Descrever:

8. Como as demandas do cotidiano profissional são sistematizadas?

9. O Serviço Social do NASF elabora:

- a) Relatório anual de atividades: ☐ sim ☐ não
- b) Plano de trabalho do setor anual: ☐ sim ☐ não

Data de preenchimento:

Em caso tenha dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora principal GlendaLinaura Marques, telefone (xx) xxxx-xxxx, e-mail xxxxxxxxxxxxxxxou com a pesquisadora responsável Prof^aDr^a Tânia Regina Krüger, telefone (xx) xxxx-xxxx, e-mail xxxxxxxxxxxxxxx.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa para realização e Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social no semestre 2016.2, intitulada “O SERVIÇO SOCIAL NO NASF: as demandas, respostas e a dinâmica do exercício profissional”. A justificativa da pesquisa é conhecer os NASF's em algumas cidades de Santa Catarina, especificamente nas seguintes; São João Batista, Governador Celso Ramos, Florianópolis, Joinville, Indaial, Palhoça e Porto Belo. O objetivo dessa pesquisa é compreender os fundamentos que delimitam o exercício profissional dos Assistentes Sociais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF -, através das demandas, respostas e dinâmica de trabalho.

A coleta de dados será através de um questionário encaminhado via e-mail mediante consulta prévia sobre o interesse e disponibilidade. Esta forma de pesquisa qualitativa e a forma de tratamento dos dados não oferecerão riscos a você entrevistada (o) nem ao seu setor de trabalho. Os profissionais que responderem ao questionário da pesquisa serão identificados por siglas ou nomes atribuídos aleatoriamente, de modo a assegurar a confidencialidade, a privacidade, a preservação da identidade e a não estigmatização. A utilização das informações se fará mediante procedimentos e linguagem científica e analítica, inclusive de modo a não atingir a autoestima, respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. O material e os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade mencionada acima, sendo assim, teremos todos os cuidados possíveis para não haver riscos, constrangimentos e desconfortos na realização da pesquisa, no tratamento e publicação dos dados.

Para a tabulação dos dados, serão verificadas as relevâncias, as ênfases, as ausências, que aparecerão em cada uma das questões do questionário. Do mesmo modo para efeitos de análise as respostas serão comparadas. No conjunto do relatório de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso) serão realizados ensaios analíticos e reflexões acerca dos resultados obtidos, bem como relacionados à literatura e documentos que fundamentam a pesquisa e o trabalho profissional em Serviço Social. Este estudo beneficiará aos participantes de forma indireta, considerando a dimensão intelectual, científica, teórica e instrumental em relação aos

fundamentos que perpassam o exercício profissional dos assistentes sociais do Núcleo de Apoio à Estratégia da Saúde da Família – NASF.

Caso você aceite participar deste estudo, permitirá que a pesquisadora utilize, para fins de pesquisa e publicação, os dados coletados através da entrevista, mantendo sempre sigilo absoluto em relação à sua identidade pessoal e de vínculo institucional. Seu nome e sua instituição de trabalho, não será, de maneira alguma, incluso em qualquer forma de publicação da pesquisa em questão, respeitando o que diz a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do CNS no uso de suas competências regimentais e atribuições, assim garantido todos os seus termos na condução de pesquisa.

Sua participação no estudo não acarretará custos para você, assim como também não haverá nenhuma compensação financeira adicional. A participação na pesquisa não prevê nenhum custo, porém, caso você tenha algum gasto decorrente a esta pesquisa, haverá o ressarcimento, nos termos do inciso XIV do art. 2º da Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016 do CNS. Você ainda terá o direito a indenização se acontecer qualquer dano decorrente a sua participação na pesquisa nos termos da lei, conforme art. 186 do Código Civil de 2002.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar a qualquer tempo. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Para deixar de fazer parte da pesquisa e/ou caso tenha dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora principal Glenda Linaura Marques, telefone (xx) xxxx-xxxx, e-mail xxxxxxxxxxxx ou com a pesquisadora responsável Profª Drª Tânia Regina Krüger, telefone (xx) xxxx-xxxx, e-mail xxxxxxxxxxxx.

Eu, _____, RG nº _____, tendo recebido detalhadamente as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo e assino abaixo.

Florianópolis, ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____

Data: _____

Nome: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: _____

Contato:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH / UFSC: (48) 3721-9206

Email: cep.propesq@contato.ufsc.br